PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE

2004-2007

Cahier 1 — Périnatalité et petite enfance

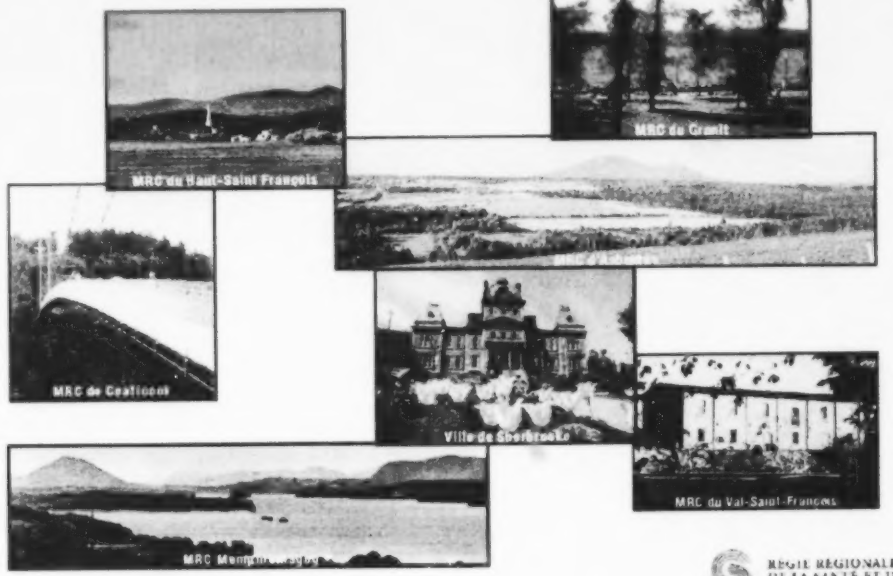
Cahier 2 — 5 - 11 ans

Cahier 3 — 12 - 17 ans

Cahier 4 — Adultes

Cahier 5 — Personnes âgées

Cahier 6 — Toute la population



RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

Le « Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007 - Cahier 3 »
a été élaboré sous la direction de :

Ginette Dorval, M.D., directrice, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Francine Boulanger, chef de service, Service santé au travail
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Lynda Périgny, chef de service, Service promotion/prévention de la santé
Reno Proulx, M.D., chef de service, Service protection de la santé publique

Coordination des travaux

Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation

Secrétariat

Mireille Ara, secrétaire, Service promotion/prévention de la santé
France Paquet, secrétaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Conception graphique

Bernard Bilodeau, technicien en communication, Service des communications

De nombreuses personnes ont contribué à l'élaboration
du « Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007 - Cahier 3 ».
La liste de ces personnes est présentée à la fin du document.

Dépôt légal : 4e trimestre

Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003

ISBN : 2-921776-25-1

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée,
à condition que la source soit mentionnée.

Table des matières

Page

Introduction 1

Domaine 1 - Développement, adaptation et intégration sociale 5

Présentation 7

Fiche 3.1.1 École en santé 17

Fiche 3.1.2 Développement des communautés et actions intersectorielles 17

Domaine 2 - Habitudes de vie et maladies chroniques 21

Présentation 23

Fiche 3.2.1 Santé dentaire 27

Fiche 3.2.2 Activité physique 31

Fiche 3.2.3 Lutte au tabagisme 35

Fiche 3.2.4 École en santé 43

Fiche 3.2.5 Développement des communautés et actions intersectorielles 43

Domaine 4 - Maladies infectieuses 47

Présentation 49

Fiche 3.4.1 Diphtérie, poliomyélite et tétanos 53

Fiche 3.4.2 Rougeole, rubéole et oreillons 57

Fiche 3.4.3 Infections invasives à méningocoque de sérogroupe C 61

Fiche 3.4.4 Hépatite B 63

Fiche 3.4.5 VIH/sida et hépatite C 67

Fiche 3.4.6 Infections transmissibles sexuellement 77

Fiche 3.4.7 Promotion des comportements préventifs contre les ITS, le VIH/sida et le VHC 77

Domaine 5 - Santé environnementale

Présentation 83
Fiche 3.5.1 Cancers de la peau 85

Références 87

Annexes

Annexe A : Campagne « Parler c'est grandir 91
Annexe B : PRATIC-05 93
Annexe C : Concept « École en santé » 95
Annexe D : Passeport santé 97
Annexe E : Éléments de programmation en activité physique 99
Annexe F : Vers des écoles sans fumée 101
Annexe G : Programme d'immunisation du Québec 103
Annexe H : Projet MTS et Jeunes hors réseau 105
Annexe I : Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C 107
Annexe J : Programme « Les UDI ont la piqûre » 109

Liste des collaborateurs et collaboratrices 111

106-03301/

Introduction

Ces dernières années, on a accordé beaucoup d'attention à la petite enfance et avec raison. Or, en même temps, un certain nombre de questions importantes portant sur le développement des adolescents ont été soulevées. Il faut aussi investir dans l'adolescence.[1]

Le bien-être social et émotif des jeunes adolescents est devenu une préoccupation croissante au cours des vingt dernières années. Parmi tous les groupes d'âge des deux sexes, les jeunes filles sont plus susceptibles de manifester des symptômes de dépression, d'avoir une piètre estime de soi et une image négative ou déformée de leur corps.

Les suicides chez les jeunes, dont la plupart sont commis par des garçons (21 par 100 000 garçons) ne cessent d'augmenter. Le taux de suicide est de 17 par 100 000 jeunes de 12 à 17 ans en Estrie.

Les comportements à risque des jeunes de ce groupe d'âge demeurent une préoccupation pour leur santé actuelle et future. Le taux de tabagisme chez les jeunes s'accroît, particulièrement chez les jeunes femmes. En 2002, plus de 16 % des jeunes du secondaire s'enivraient plus de cinq fois par année et 39 % avaient pris du cannabis au moins une fois dans l'année.

---

[1] Peggy EDWARDS, *Favoriser le développement des connaissances sur la santé et le bien-être des enfants au Canada*, Centre d'excellence pour le bien-être des enfants, Santé Canada, Ottawa, 1999.

L'engagement à apprendre et à rester à l'école est un signe de développement sain à l'adolescence. Les études montrent qu'il y a un lien très fort entre la situation socioéconomique et l'abandon scolaire. La décision de quitter l'école tôt est aussi influencée par la structure de la famille, monoparentalité et famille nombreuse, par son revenu et par le support qu'elle apporte. Les attentes des parents et leur participation à la vie scolaire de leur enfant sont parmi les facteurs qui aident les jeunes à rester à l'école.

Des efforts visant à améliorer le bien-être mental et social des jeunes doivent être faits en partenariat avec l'école, la famille et le milieu. Les jeunes qui voient leur mère agressée par leur père ou un autre homme présentent aussi des taux supérieurs de décrochage, de faible estime de soi, de dépression et de troubles de comportement. La victimisation est une préoccupation croissante. Les jeunes adolescents considèrent que le rudoiement pose un problème; la moitié des garçons et le quart des filles l'affirment.

Les écrits montrent que la diminution des comportements à risque et la promotion d'un mode de vie sain sont des secteurs où la santé publique a investi des efforts et obtenu certains résultats. Il est nécessaire de bien connaître les facteurs de réussite ainsi que les conditions préalables et les appuis nécessaires pour obtenir des résultats intéressants.

Domaine 1
Développement, adaptation et intégration sociale

Présentation du domaine développement, adaptation et intégration sociale

Ce domaine regroupe un ensemble d'activités à mettre en œuvre afin de réduire ou d'éviter certains problèmes psychosociaux et de santé chez les adolescents.

En effet, plusieurs problèmes continuent d'affecter ou de menacer le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des jeunes. On pense, ici, aux troubles de conduite, à la violence physique et psychologique, à l'agression sexuelle, au décrochage scolaire, à la grossesse à l'adolescence, au suicide, à la consommation de drogues et d'alcool, etc.

Les problèmes liés au développement et à l'adaptation sociale des jeunes sont souvent le résultat du cumul et de l'interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque.

Cette section présente un ensemble d'activités de santé publique à déployer notamment en milieu scolaire en agissant sur les facteurs de risque et les déterminants associés à certains problèmes psychosociaux et de santé.

De plus, des activités au niveau du développement des communautés et des actions intersectorielles visant, notamment, la qualité de vie des adolescents, complètent cette section.

CLIENTÈLE : 12-17 ans **3.1.1**

DOMAINE : Développement, adaptation et intégration sociale

OBJECTIFS :

D'ici 2012 :

- **Réduire à moins de 15 pour 1 000 le taux de grossesse chez les adolescentes.**
- **Réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle et de négligence à l'endroit des adolescents.**
- **Réduire les troubles des conduites, incluant la violence envers les autres et la délinquance chez les adolescents.**
- **Réduire les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool.**
- **Augmenter la proportion de personnes de tous âges, en bonne santé mentale.**
- **Réduire le nombre de tentatives et le nombre de suicides.**

ÉTAT DE SITUATION :

La grossesse à l'adolescence et les interruptions volontaires de grossesse

Le taux de grossesse au Québec chez les jeunes filles âgées de 14 à 17 ans semble s'être stabilisé de 19 à 20 grossesses pour 1 000 adolescentes depuis le début des années 1990, de même que celui chez les 18-19 ans (environ 68/1 000). Par ailleurs, une adolescente sur douze deviendrait enceinte avant son 18^{e} anniversaire et une sur quatre le serait avant son 20^{e} anniversaire.

En Estrie, entre 1995 et 1997, chez les 14-17 ans, on note un taux de 19/1 000 et chez les 18-19 ans un taux de 65/1 000, soit environ les mêmes taux qu'au provincial. Par ailleurs, deux MRC comptent des taux plus élevés que la moyenne provinciale chez les 14-17 ans. Ce sont Sherbrooke et Memphrémagog avec respectivement 20 et 21 grossesses pour 1 000 adolescentes. Pour le même groupe d'âge, trois MRC ont des moyennes plus basses que la moyenne provinciale. Ce sont Asbestos (11/1 000), Granit (12/1 000) et Val-Saint-François (14/1 000). Chez les 18-19 ans, signalons que Mégantic et Coaticook démontrent un taux nettement plus bas que la moyenne québécoise (24 et 40/1 000) et que Memphrémagog détient le taux le plus élevé à cet âge (88/1 000) dépassant nettement Sherbrooke (71/1 000).

Concernant les services pour la grossesse à l'adolescence en Estrie, mentionnons que les services pré et post interruption volontaire de grossesse sont disponibles dans chaque MRC et sont dispensés par les CLSC. La clinique de planification des naissances de Sherbrooke dispense les services pour les interruptions volontaires de grossesse de toutes les MRC. Par ailleurs, 97 % des patientes désirant se prévaloir des services d'interruption volontaire de grossesse obtiennent ce service en Estrie.

Côté prévention, des activités isolées et variables sont réalisées dans certaines MRC pour prévenir la grossesse à l'adolescence. Des activités de sensibilisation et d'information dispensées par l'infirmière ou autre personnel du CLSC, par le Centre de santé des femmes, ou par d'autres organismes (IRIS Estrie, Collectif pour le libre choix, SOS grossesse Estrie, etc.) ont cours présentement dans certaines écoles secondaires de l'Estrie. Aucun programme de prévention systématique et commun n'est rendu accessible à toutes les écoles de l'Estrie.

Par ailleurs, les pharmaciens de la région, comme ailleurs au Québec, dispensent, depuis 2003, les services de pilule contraceptive d'urgence avec un counselling de circonstance. Ce service a été mis en place suite à une entente entre le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens pour permettre aux pharmaciens de prescrire la pilule contraceptive d'urgence aux adolescentes et aux femmes le nécessitant. Cette mesure permet d'augmenter l'accessibilité horaire à la contraception orale d'urgence pour toute la population. Notons que les CLSC et les médecins en cabinet privé rendent disponibles depuis plusieurs années la contraception orale d'urgence en Estrie.

La région de l'Estrie compte aussi des services de cliniques jeunesse qui offrent des services reliés à la sexualité des jeunes. Ces cliniques sont situées majoritairement en CLSC ou parfois en milieu scolaire. La situation actuelle en termes de ressources de ces cliniques démontre une accessibilité limitée et une organisation variable d'un CLSC à l'autre.

En avril 2003, deux territoires de MRC n'avaient pas de clinique dédiée spécifiquement aux jeunes ; deux territoires de MRC offraient des services à la polyvalente tandis que dans les autres MRC, ce sont les CLSC qui dispensaient les services dans leur point de services.

La négligence, les abus physique et psychologique

En Estrie, pour les années 1999-2002, la Direction de la protection de la jeunesse a retenu 987 signalements chez les jeunes âgés de 12 à 17 ans. De ce nombre :

- 228 cas l'ont été pour des raisons de négligence, soit 23,1 % des signalements retenus ;
- 396 cas représentaient des faits fondés après enquête ; la sécurité et le développement de ces jeunes étant compromis. Parmi ces 396 signalements, la négligence comptait pour 22 % des situations, soit l'équivalent de 87 cas dont une moyenne de 29 cas annuellement. Les abus physiques représentaient 3,5 % soit une moyenne de 5 cas par année.

Les agressions sexuelles

Au niveau de l'agression sexuelle, l'enquête de Statistique Canada de 1993 démontre que 34 % des Québécoises de 18 ans et plus ont été victimes d'au moins une agression sexuelle depuis qu'elles ont atteint l'âge de 16 ans. Nous pouvons estimer qu'en Estrie, il y a environ 39 562 femmes qui auraient été victimes d'une agression sexuelle depuis l'âge de 16 ans.

Selon les statistiques du ministère de la Sécurité publique sur la criminalité au Québec, il y a eu 92 cas d'agression sexuelle (voies de fait) en Estrie en 1999 et 86 cas en 2000. Le nombre de femmes victimes d'agression sexuelle (plus de 12 ans) ayant recours aux services d'urgence du CHUS-Hôpital Fleurimont est d'environ 30 par année.

En ce qui a trait aux signalements retenus pour agression sexuelle chez les jeunes de 12-17 ans, le Centre jeunesse de l'Estrie a retenu au cours des années 1999-2002 :

- 89 signalements pour abus sexuels soit l'équivalent de 9 % de l'ensemble des signalements retenus pour cette même période, ceci représentant une moyenne de 30 cas annuellement.

- Sur les 396 cas représentant des faits fondés après enquête et où la sécurité et le développement de ces jeunes était compromis, les abus sexuels comptaient pour 9 % des situations, soit l'équivalent de 26 cas dont une moyenne annuelle de 9 cas.

Au niveau des services dispensés en région, le Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie a reçu, pour la période s'échelonnant du 1er avril 2000 au 31 mars 2001, un total de 373 demandes d'aide provenant de femmes et d'adolescentes ayant besoin de services suite à une agression à caractère sexuel. De ce nombre, 226 demandes concernent de nouvelles situations, en incluant le service d'urgence 24/7, ce qui représente 60 % du total des demandes.

Rappelons que les agressions sexuelles entraînent des conséquences très lourdes sur les plans social et individuel et que les victimes doivent obtenir rapidement les soins médicaux, examens physiques et l'aide psychosociale appropriés.

La violence et la victimisation

Au niveau de la violence dans les rapports amoureux, une enquête réalisée au Québec en 1999[1] estime que près du tiers des jeunes filles de 13 ans et 43 % des filles de 16 ans ont subi au moins un type de violence (psychologique, sexuelle ou physique). Chez les jeunes de 16 ans, 21 % de celles qui ont vécu de la violence dans leur relation amoureuse au cours de l'année précédente présentent un trouble mental avec dysfonction perturbant leurs activités quotidiennes. En comparaison, de façon significative, seulement 11 % des filles n'ayant pas fait face à de la violence au sein de leurs relations amoureuses affichent ce portrait dysfonctionnel.

D'autre part, une autre enquête en 1996[2] indique que 70 % des adolescentes violentées rapportent avoir subi des blessures alors que 53 % des garçons victimes en rapportent ; les blessures des filles étaient plus sérieuses que celles des garçons.

Une enquête réalisée parmi les écoles secondaires publiques et privées de l'Estrie, en 2000, montre qu'environ 8 % des jeunes, soit l'équivalent de 855 personnes, sont impliqués dans des batailles entre jeunes : presque 3 fois plus de garçons (11 %) que de filles (4 %). Par ailleurs, environ 2 %, soit l'équivalent de 257 jeunes sont impliqués dans un gang pour faire payer les autres (taxage). Ici encore, on retrouve plus de garçons (4 %) que de filles (1 %). Ces résultats sont moins élevés que ceux observés dans la région de l'Outaouais, en 1996, où 12 % des jeunes, comparativement à 8 % en Estrie, rapportaient faire partie d'un gang impliqué dans des batailles entre jeunes tandis que 4,5 % contre 2 % pour la région estrienne, faisaient partie d'un gang pour faire payer d'autres jeunes.

En Estrie, les jeunes affirment être souvent exposés à toute une série de comportements violents lorsqu'ils sont à l'école. Se faire crier des injures (59 %), se faire frapper (28 %) ou se faire menacer de se faire frapper (23 %) sont les comportements les plus fréquemment rapportés par les élèves. En excluant la violence sexuelle dont les victimes sont généralement les filles, on observe que les garçons sont plus souvent victimes des autres formes de violence (injures, menaces, etc.). De plus, un garçon sur quatre (27 %) dit avoir porté une arme sur lui.

Les troubles du comportement

De façon générale, les troubles des conduites, incluant la violence envers les autres, constituent un problème important qu'éprouvent les enfants et les adolescents – entre 6 % et 16 % des garçons et de 2 % à 9 % des filles – en seraient affectés ; ces troubles handicapent sérieusement le développement des jeunes et ont des conséquences importantes sur la famille et les différents milieux de vie de ces jeunes. Ils peuvent se manifester sous différentes formes et dans divers contextes, notamment à l'école, dans le voisinage et dans les relations amoureuses. Les troubles des conduites, en particulier l'agressivité persistante en bas âge, constitueraient un facteur de risque de la délinquance. La délinquance amène le jeune à vivre des difficultés d'intégration sociale qui se poursuivent souvent à l'âge adulte.

Les données estriennes jusqu'en 1999 nous indiquaient une moyenne (au cours des années 1993-1994 à 1998-1999) de 39 % des nouveaux cas de prise en charge dans le cadre de la protection de la jeunesse reliés à des troubles de comportement.

Au niveau des jeunes de 12-17 ans, les plus récentes données nous indiquent que 56,5 % des signalement retenus se rapportaient à des troubles de comportement durant la période de 1999 à 2002. Après enquête, les troubles de comportement constituaient 64,9 % de l'ensemble des cas représentant des faits fondés et où la sécurité et le développement de ces jeunes était compromis, c'est-à-dire une moyenne annuelle de 86 cas.

La consommation d'alcool et de drogues

Les problèmes liés à ces consommations sont préoccupants en ce qui concerne les jeunes. D'ailleurs, deux sondages menés en 2000 et en 2002 par la firme Cossette dans le cadre de la Campagne « Parler, c'est grandir » (Annexe A), révèlent que la préoccupation des parents et des jeunes en regard de la consommation de drogues est en augmentation chez les parents et chez les jeunes aussi. La drogue est perçue par ces deux groupes comme le principal problème des jeunes et cette préoccupation a enregistré une hausse de 10 points entre les 2 sondages.

Une enquête estrienne menée en milieu scolaire secondaire (toutes les écoles de l'Estrie) en 1998, nous a appris que la consommation d'alcool et de drogues augmente tout au long du cheminement secondaire. 34 % des jeunes de secondaire I consomment ou ont consommé de l'alcool et 16 % des drogues. En secondaire V, la proportion est de 91 % pour l'alcool et 61 % pour les drogues. Par ailleurs, l'enquête de Santé Canada de 2001 classifie 5 % de la population estrienne de 12 à 14 ans et 59 % de celle de 15 à 19 ans comme buveur régulier.

L'âge moyen d'initiation en Estrie est de 12,5 ans pour l'alcool et 12,8 ans pour les drogues. Or, nous savons que l'expérimentation de ces substances avant 13 ans est un facteur de risque de développement d'une toxicomanie. Les jeunes présentant un problème sévère de toxicomanie et desservis par le Centre Jean-Patrice-Chiasson, ont un âge moyen de consommation régulière de 14 ans.

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie a publié en 2001 une étude sur l'évolution de la consommation de psychotropes chez les jeunes au Québec. L'observation des types de consommateurs de drogues met en évidence que la proportion de consommateurs abusifs est passé de ± 10 % en 1989, à ± 20 % en 1999 et que celle de consommateurs réguliers (au moins une fois / semaine) est passée de ± 4 % en 1989 à ± 11 % en 1999.

Ces observations inquiètent puisque des risques élevés d'accidents, de problèmes en lien avec la consommation ou de dépendance sont particulièrement associés à la précocité des expérimentations, à la régularité des habitudes de consommation et à l'abus. De fait, la consommation d'alcool ou de drogues est souvent associée à diverses problématiques comme l'échec scolaire, la délinquance, les comportements sexuels à risque, le risque suicidaire et les traumatismes.

Une étude québécoise[3] a démontré que les jeunes décrocheurs consommaient de façon significativement plus élevée que les élèves réguliers des drogues (toutes substances sauf l'alcool). L'usage problématique de drogues pourrait être un facteur important dans l'abandon scolaire. Un nombre élevé de décrocheurs avaient indiqué que leur consommation de drogues avait augmenté significativement dans les 3 ou 4 derniers mois avant leur abandon de l'école. Même lorsqu'elle ne provoque pas une véritable dépendance, la consommation abusive de psychotropes apparaît dans la littérature scientifique comme un facteur de risque majeur du suicide et des tentatives suicidaires en entraînant ou aggravant un état dépressif ou agressif ou en facilitant le passage à l'acte. Certains auteurs américains ont même avancé l'hypothèse qu'au cours des 20 dernières années, l'abaissement de l'âge des expérimentations avec l'alcool et les drogues aurait contribué à la hausse du suicide chez les adolescents. Nous savons par ailleurs que chez les adolescents qui vivent des difficultés ou qui ont des problèmes de santé mentale, l'intoxication à l'alcool ou à une drogue est particulièrement dangereuse, surtout si elle se combine à un accès facile à une arme à feu.

Pour faire face à cette situation (précocité des expérimentations, augmentation des risques, aggravation des situations), la Régie régionale de l'Estrie a décidé en juin 2002 de procéder à la révision de son Programme de prévention de la toxicomanie chez les jeunes (Pratic-05) (Annexe B) et d'y recommander d'augmenter les activités de prévention dans le milieu de vie principal des jeunes, soit l'école. De plus, elle reconfirmait le rôle des CLSC comme mandataires de la prévention de la toxicomanie dans leur milieu (avec un potentiel d'arrimage avec d'autres programmes préventifs ou d'intervention précoce, notamment dans le milieu scolaire).

Les problèmes de santé mentale et le suicide

D'autres aspects de la santé mentale des jeunes retiennent également l'attention. Bien que les idées suicidaires apparaissent très tôt, même dès l'âge de 9 ans, c'est chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans que la prévalence d'idées suicidaires (7,4 %) et de tentatives de suicide (1,4 %) est la plus importante. Le suicide, pour sa part, a pris de l'ampleur chez les jeunes depuis 1990 – particulièrement chez ceux de 15 à 19 ans, le Québec se retrouvant parmi les pays industrialisés où le taux de suicide à l'adolescence est le plus élevé. Le suicide est, en outre, de plus en plus fréquent chez les jeunes âgés de 10 à 14 ans et il est la première cause de décès chez les jeunes hommes de 15 à 29 ans. En Estrie, lors de la période 1995 à 1999, c'est en moyenne 6 personnes par an, du groupe d'âge de 12 à 17 ans, qui se sont suicidées.

Effets et interrelations des différents facteurs de risque et déterminants

Les problèmes liés au développement et à l'adaptation sociale des adolescents sont souvent le résultat du cumul et de l'interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque. Ainsi, des conditions telles que la pauvreté, le chômage, l'isolement social, la violence conjugale et le manque d'habiletés parentales viennent s'ajouter aux facteurs qui menacent le développement de l'enfant et sont souvent associées à l'apparition des situations d'abus ou des troubles des conduites. De leur côté, les facteurs de risque associés aux tentatives de suicide chez les jeunes ont trait notamment à la dysfonction familiale, à une histoire d'abus physique ou sexuel, à des fugues antérieures, à certains événements stressants de la vie, à une faible estime de soi et à des problèmes de santé mentale, dont la dépression. L'accès facile aux moyens de se suicider augmenterait également le risque de passer à l'acte.

Les activités de prévention des problèmes d'adaptation sociale auprès des 12-17 ans en Estrie

À l'exception de la prévention de la toxicomanie, chez les 12-17 ans et de l'actualisation de la campagne de communication provinciale « Parler c'est grandir », l'Estrie a peu investi directement auprès de la clientèle des 12-17 ans pour prévenir les problèmes d'adaptation sociale. Par conséquent, peu d'activités préventives concertées et coordonnées entre les deux ministères de la Santé et de l'Éducation en région, ont été mises en place dans les écoles secondaires afin de réduire les problèmes d'adaptation sociale chez les jeunes de 12-17 ans. Une action concertée et des ressources supplémentaires sont nécessaires pour développer une action efficace pour atteindre d'ici 2012 les objectifs du Programme national de santé publique qui visent les adolescentes et adolescents.

En conformité avec les orientations préconisées dans le Programme national de santé publique et afin d'intervenir simultanément sur plusieurs déterminants et facteurs de risque, il sera nécessaire d'élaborer et d'implanter en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, une intervention globale et concertée visant la promotion de la santé et le bien-être des jeunes ainsi que la prévention d'un ensemble de problèmes de santé prioritaires. Le concept « École en santé » (Annexe C) est donc retenu. Cette mesure visera à rejoindre les jeunes dans leurs principaux milieux de vie, soit à l'école et dans leur famille tout en tenant compte de l'ensemble des environnements dans lesquels ils évoluent.

Les principaux thèmes à considérer dans le volet développement, adaptation et intégration sociale d'« École en santé » sont :

- Les comportements pacifiques ;
- Les rapports égalitaires ;
- La santé sexuelle ;
- La prévention de la toxicomanie ;
- La prévention des agressions sexuelles ;
- La prévention du suicide.

Les activités prévues en milieu scolaire dans le cadre du Programme de prévention de la toxicomanie (PRATIC-05) (Annexe B) devront, au cours des prochaines années, être intégrées à la programmation « École en santé » dans les écoles ciblées.

Par ailleurs, la consolidation des cliniques jeunesse fait aussi partie des mesures prioritaires de santé publique à mettre en place concernant les jeunes estriens de 12 à 17 ans.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Organisation de campagnes de communication axées sur la prévention des problématiques d'adaptation sociale et d'intégration sociale						
Réalisation d'activités de communication régionales en lien avec la campagne provinciale « Parler c'est grandir ».	Nombre d'activités réalisées. Nombre de milieux rejoints (ex. : écoles) par les activités.		→	→	**Régional**	10 000 $ (activités de communication régionales « Parler c'est grandir »
Élaboration et implantation, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, d'une intervention globale et concertée de type « École en santé » pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale						
• Réalisation dans 50 % d'écoles secondaires d'une programmation de type « École en santé ». Cinq stratégies devront être utilisées dans les écoles visées : 1. Activités d'information-sensibilisation. 2. Application de politiques, de lois et de règlements (ex. : Politique sur les drogues et l'alcool). 3. Activités d'aménagement du milieu. 4. Activités de développement des compétences. 5. Activités de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives. **Les thèmes à considérer dans les activités à déployer pour ce domaine sont les comportements pacifiques, l'estime de soi, les rapports égalitaires, la sexualité ainsi que la prévention de la violence, les agressions sexuelles, le suicide et la toxicomanie.**	Nombre d'écoles secondaires rejointes par les CLSC ayant mis en place une programmation du type « École en santé » concernant la prévention des problématiques d'adaptation et d'intégration sociale. Nombre de jeunes rejoints. Nombre de parents rejoints. Nombre de rencontres de parents.		X	→	**Local**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Processus régional d'implantation						
• Formation d'un comité régional MSSS-MEQ (axe promotion-prévention) tel que prévu dans l'Entente de complémentarité MSSS-MEQ.	Comité formé. Nombre de rencontres régionales.		X	→	**Régional**	67 500 $ 1 ETC (agent de planification et de programmation sociosanitaire)[1]
• Élaboration d'un cadre de référence régional sur l'approche de type « École en santé » harmonisé au modèle national.	Cadre de référence régional élaboré.		X		**Régional**	
• Identification des critères de priorisation des écoles secondaires ciblées.	Critères de priorisation définis.		X		**Régional**	
• Soutien et suivi des programmations de type « École en santé ».	Analyse des bilans locaux.			X	**Régional**	
Processus local d'implantation						
• Choix des écoles ciblées par les instances locales (commissions scolaires, CLSC, autres partenaires).	Nombre d'écoles ciblées.			X	**Local**	364 500 $ 5,4 ETC (int. psychosociaux) 68 250 $[2] (soutien pour les écoles ciblées) 10 000 $ (formation)
• Engagement des milieux scolaires ciblés à développer une approche de type « École en santé ».	Nombre d'ententes convenues entre écoles, commissions scolaires et CLSC.			X	**Local**	
• Choix d'activités prioritaires en lien avec les problématiques identifiées dans le PNSP et identification des stratégies ou moyens pour atteindre les objectifs visés.	Activités et stratégies utilisées convenues. Comité école mis en place.			X	**Local**	
• Déploiement des activités dans l'école et dans la communauté.	Nombre et type d'activités réalisées à l'école et dans la communauté.			X	**Local**	
• Réalisation d'un bilan annuel et ajustements.	Bilans locaux réalisés et diffusés et ajustements apportés.			X	**Local**	

[1] Une seule ressource régionale sera responsable du déploiement d'« École en santé » au secondaire (volet Habitudes de vie et maladies chroniques, volet Développement, adaptation et intégration sociale inclus).

[2] Budget servant aussi pour « École en santé » dans le domaine Habitudes de vie et maladies chroniques dans les écoles secondaires.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Généralisation des services concernant la consultation en matière de sexualité – du type clinique jeunesse – et la contraception orale d'urgence ainsi que des services gratuits d'interruption volontaire de grossesse à toutes les régions du Québec						
• Consolidation des services des cliniques jeunesse dans chaque MRC de l'Estrie à raison de 2 jours/semaine à l'exception de Sherbrooke à 5 jours/semaine.	Services accessibles aux jeunes et dispensés selon la fréquence prévue.		X	→	**Local**	229 500 $ 3,4 ETC (inf.)
• Consolidation de l'accessibilité à la contraception orale d'urgence : ➢ Formation et sensibilisation.	Nombre de pharmacies, cabinets privés, GMF offrant ce service.		X	→	**Régional**	
• Maintien de l'accessibilité au service régional d'interruption volontaire de grossesse.	Maintien du service.	→			**Régional**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Pour l'intervention globale et intégrée :

Formation en 2005-2006 des dirigeants et personnel scolaire sur le concept d'école en santé et sur la programmation intégrée en milieu scolaire avec le guide sur l'implantation d'écoles en santé réalisé conjointement par le ministère de l'Éducation du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux. La formation prendra en considération les problématiques prioritaires.

Pour les cliniques jeunesse

Formation continue pour le personnel des cliniques jeunesse en fonction des problématiques retenues prioritaires localement et régionalement dans les plans de santé publique destinés aux adolescents.

CLIENTÈLE : 12-17 ans **3.1.2**

DOMAINE : Développement, adaptation et intégration sociale

STRATÉGIES : Développement des communautés et actions intersectorielles

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Développement d'actions intersectorielles visant à soutenir l'implantation du programme « École en santé » dans chacune des écoles ciblées selon le cadre de référence régional : ➢ Collaboration à la promotion du programme et sensibilisation de tous les acteurs concernés en vue de favoriser leur engagement et leur appropriation à l'égard du programme « École en santé ».	Nombre d'activités intersectorielles développées.		X	→	**Local**	67 500 $[1] 1 ETC (interv. com.)
➢ Mobilisation et concertation du milieu, des parents et de la communauté.						
➢ Support à la réalisation des activités priorisées dans chacune des écoles, principalement au niveau des activités d'aménagements de milieu.						

[1] Budget servant aussi pour le développement des communautés dans le domaine Habitudes de vie et maladies chroniques, « École en santé », 12-17 ans.

Domaine 2
Habitudes de vie et maladies chroniques

Présentation du domaine des habitudes de vie et maladies chroniques

Ce domaine s'adresse à plusieurs clientèles et vise à réduire certaines maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, l'asthme, l'obésité ainsi que les maladies buccodentaires et leurs déterminants.

Pour les adolescents, cette section identifie des activités de prévention à déployer au niveau de la santé buccodentaire, de la promotion de l'activité physique, de la lutte au tabagisme ainsi que la mise en place en collaboration, avec le réseau de l'éducation, d'une programmation d'activités globales et concertées pour promouvoir la santé et le bien-être des jeunes en agissant notamment sur les saines habitudes de vie

De plus, des activités au niveau du développement des communautés et des actions intersectorielles visant, notamment, la qualité de vie des adolescents, complètent cette section.

CLIENTÈLE : 12-17 ans **3.2.1**

DOMAINE : Habitudes de vie et maladies chroniques

OBJECTIFS :

D'ici 2012 :

- **Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.**
- **Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âges.**

ÉTAT DE SITUATION :

La carie dentaire est d'abord et avant tout une maladie infectieuse chronique, localisée, progressive, transmissible et, plus souvent qu'autrement, incurable. La restauration souvent coûteuse des lésions carieuses permet de ralentir la progression de la maladie mais n'empêche pas son évolution.

La carie dentaire affecte la quasi totalité de la population. La carie dentaire est la maladie chronique la plus fréquente chez les enfants. En 1996-1997, chez les enfants québécois de 14 ans, 75 % étaient affectés par la carie dentaire.

La carie dentaire peut avoir des conséquences physiologiques, psychologiques ou sociales considérables. La carie dentaire est la principale cause de la perte des dents chez les adultes. La prévalence de l'édentation était, en 1990, chez les 15 ans et plus, de 27 % au Québec et de 11 % en Ontario. Chez les personnes privées d'un appareil masticateur fonctionnel, la consommation de médicaments non prescrits et la présence de symptômes gastro-intestinaux sont deux fois plus élevées.

La carie dentaire est une des maladies les plus coûteuses au Canada ; les coûts directs se situent en deuxième position après les maladies cardiovasculaires[4].

La carie dentaire est étroitement liée à la disponibilité des fluorures, aux comportements alimentaires, aux comportements d'hygiène buccale et à l'utilisation des services. C'est chez les populations les plus démunies que l'on retrouve toujours la majorité de la carie observée. Chez les enfants, au Québec, la prévalence de la carie est 9 fois plus élevée auprès des enfants les plus vulnérables ; ce groupe étant composé de 25 % de l'ensemble des enfants.

On possède des données suffisantes attestant de l'efficacité (en termes d'effet sur la diminution de la carie dentaire) des mesures de prévention suivantes : la fluoruration de l'eau de consommation, l'usage des suppléments de fluorure et l'usage des dentifrices fluorurés (pour l'ensemble de la population) et les applications topiques de fluorure et l'application sélective d'agents de scellement des puits et fissures (pour les sujets à risque élevé de carie dentaire).

L'usage de supplément de fluorure et des dentifrices fluorurés sont peu coûteux et très bien acceptés. Puisqu'il est possible d'identifier facilement les enfants à risque élevé de carie dentaire, les applications topiques de fluorure et l'application des agents de scellement sont des mesures dont l'efficacité et la mise en œuvre sont à privilégier.

L'usage adéquat des suppléments et des dentifrices fluorurés par l'ensemble de la population est perfectible. Le Programme public provincial de services dentaires préventifs, appliqué par tous les CLSC de l'Estrie, cible les enfants de 0 à 12 ans. Il permet, actuellement, de rejoindre principalement les enfants de maternelle à la troisième année. Le critère provincial de classification des enfants à risque élevé de carie, permet d'identifier, à la maternelle, les enfants à risque élevé de carie dentaire et de leur offrir un suivi préventif individualisé incluant deux applications topiques de fluorures pour une période de quatre ans.

Le manque de ressources n'a pas permis d'interventions auprès des 12-17 ans. Les agents de scellement sont peu accessibles aux enfants à risque de carie et aux enfants provenant de familles socio-économiquement défavorisées. Les CLSC de la région de l'Estrie ont intégré partiellement au Programme public provincial de services dentaires préventifs l'application des agents de scellement en milieu scolaire primaire, aucun service dentaire n'est offert au secondaire.

Les interventions proposées ont la possibilité de rejoindre les individus à risque de carie dentaire et aussi, de réduire les inégalités. Ces interventions ont un rapport coût/efficacité plus qu'intéressant. L'utilisation des agents de scellement et l'application topique de fluorure auprès des jeunes à risque de carie dentaire améliorent grandement le rapport coût/efficacité.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives						
• Counselling concernant les habitudes alimentaires, l'utilisation de fluorure, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorurés. ➢ Adaptation et diffusion d'outils d'information et de soutien aux pratiques cliniques préventives concernant la santé buccodentaires.	Nombre d'outils de promotion distribués dans les milieux ciblés.	X	→	→	**Régional**	2 000 $[1]
• Application d'agents de scellement dentaire afin que les enfants de 5 à 15 ans qui satisfont aux critères concernant le risque de carie dentaire reçoivent des agents de scellement sur les faces des molaires permanentes présentant des fosses et sillons.	Proportion (cible : 90 %) d'adolescents de secondaire II à risque de carie dentaire ayant bénéficié d'agents de scellement et d'applications de fluorure.		X	→	**Local**	236 000 $ 5 ETC (hyg. dent.)

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux intervenants en santé dentaire publique des CLSC sur les différents éléments du Programme public de services dentaires préventifs nécessaires à sa réalisation, à l'aide du cahier de formation des hygiénistes dentaires élaboré par le MSSS.
- Sensibilisation et formation des intervenants sur les différentes stratégies de prévention des problèmes buccodentaires, de façon périodique, en fonction des besoins et des nouvelles connaissances.
- Soutien aux intervenants en santé buccodentaire des CLSC, pour les différentes activités du Programme public de services dentaires préventifs : mise à jour des connaissances, formation, information, échange et partage d'expériences (3 à 4 rencontres annuelles) et supervision d'activités cliniques en fonction des besoins.

[1] Budget servant aussi aux 5-11 ans - Habitudes de vie et maladies chroniques - santé dentaire

CLIENTÈLE : 12-17 ans **3.2.2**

DOMAINE : Habitudes de vie et maladies chroniques

OBJECTIFS :

D'ici 2012 :

- **Augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans.**
- **Augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.**

ÉTAT DE SITUATION :

Parmi les habitudes de vie communes aux principales maladies chroniques, la sédentarité, avec le tabagisme et les mauvaises habitudes alimentaires, sont considérés comme les principaux déterminants des premières causes directes de mortalité. Les jeunes d'âge scolaire sont aujourd'hui environ 40 % moins actifs qu'ils ne l'étaient il y a 30 ans. Chez les jeunes de 13 ans, environ 57 % des garçons et 71 % des filles n'adhèrent pas aux recommandations de pratique de Kino-Québec et à l'âge de 16 ans, 60 % des garçons et 79 % des filles n'y adhèrent pas[5]. Leur désengagement est plus marqué au début de l'adolescence et se poursuit jusqu'à l'âge adulte. Un mode de vie sédentaire est associé à l'apparition de facteurs de risque (surpoids, obésité, tension artérielle, cholestérol élevé, densité osseuse plus faible) qui favorisent, à l'âge adulte, le développement de maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète non insulino-dépendant, l'ostéoporose et le cancer du côlon.

La pratique régulière d'activités physiques durant l'enfance et l'adolescence est liée au développement et au maintien d'un mode de vie physiquement actif. À l'inverse, un mode de vie sédentaire ou peu actif au cours de cette période rendra plus difficile l'adoption de ce comportement à l'âge adulte.

Au printemps 2002, la directrice de la santé publique de l'Estrie a sensibilisé toutes les directions des établissements scolaires sur la sédentarité des jeunes et l'importance de mettre en place des mesures pour que chaque jeune ait l'opportunité d'être actif tous les jours de classe.

Au cours des derniers mois, différentes mesures gouvernementales ont été annoncées et contribuent à créer des conditions plus favorables à la pratique d'activités physiques en milieu scolaire. En Estrie, les 4 commissions scolaires se sont concertées avec les organismes du milieu dont la Direction de santé publique pour développer un passeport santé (Annexe D) pour l'ensemble des jeunes. Des outils pédagogiques ont été développés et des activités de formation ont débuté pour soutenir les enseignants dans cette fonction qui a été redéfinie dans le cadre de la réforme de l'éducation. Un nouveau volet pourrait être développé pour les secondaires III à V. Le projet de la *Corporation Québec en forme* (Annexe E) rejoindra progressivement les jeunes du secondaire d'ici quelques années. D'autres campagnes, par exemple *Plaisir sur glace*, le *Mois de l'éducation physique et du sport étudiant, etc.* (Annexe E) présentent des occasions de favoriser l'engagement du milieu scolaire, municipal et communautaire pour une plus grande pratique d'activités physiques.

Plusieurs de ces activités pourront être intégrées à la programmation du volet « habitudes de vie » des projets « École en santé » dans les écoles secondaires ciblées.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie						
• Réalisation d'activités régionales de la campagne nationale.	Nombre d'activités réalisées.	X	→	→	**Régional**	
• Réalisation d'activités locales de la campagne nationale.	Nombre d'activités réalisées.		X	→	**Local**	
• Soutien au milieu scolaire pour la réalisation d'activités promotionnelles par exemple *Plaisir sur glace,* Le *Mois de l'éducation physique et du sport étudiant* et de la campagne *Marchons vers l'école.*	Nombre d'activités réalisées.		X	→	**Local**	
Promotion de la création d'environnements favorisant la pratique d'activités physiques dans les écoles secondaires						
• Participation aux travaux des comités d'actions locaux (CAL) pour l'élaboration d'une programmation d'activités physiques intégrées à la grille horaire dans le cadre du programme *Québec en forme* ou autres programmes..	Nombre d'écoles participantes.			X	**Local**	
• Soutien aux écoles secondaires dans le développement d'une cour d'école saine et sécuritaire (organisation, animation d'activités, équipement).	Nombre d'écoles participantes. Nombre d'activités offertes. Nombre d'intervenants formés.		X	→	**Local**	202 500 $ 3 ETC (kiné. ou l'équivalent)[1]
Conception et organisation d'activités éducatives axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie.						
• Soutien aux équipes écoles et aux équipes cycle dans leur tâche d'enseignement d'activités de promotion de saines habitudes de vie notamment par l'utilisation du « Passeport santé ».	Nombre d'enseignants rencontrés. Nombre d'enseignants formés. Nombre de jeunes rejoints.			X	**Local**	

[1] Ces professionnels auront aussi comme tâche de collaborer aux projets « École en santé » en plus de contribuer au volet « activité physique » du Programme de prévention des maladies chroniques pour la clientèle adulte.

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation sur les stratégies efficaces et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques chez les jeunes.
- Formation et information sur certains éléments de programmation, notamment Québec en forme, Plaisir sur glace, Marchons vers l'école, Passeport santé, Concours École active, etc.

CLIENTÈLE : 12-17 ans **3.2.3**

DOMAINE : Habitudes de vie et maladies chroniques

OBJECTIFS :

D'ici 2012 :

- **Réduire l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire.**
- **Réduire de 40 % la mortalité et la morbidité liés à l'asthme.**
- **Réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.**

ÉTAT DE SITUATION :

Le tabagisme

Le tabagisme est une des trois principales causes directes de la mortalité au Québec. On peut estimer qu'à peu près un quart des décès sont attribuables au tabac, donc à tous les ans, environ 530 résidents de l'Estrie meurent de l'usage du tabac. Il est aussi la cause évitable de mortalité précoce la plus importante. Plus particulièrement, 65 % des cancers seraient attribuables au tabagisme, à une alimentation déséquilibrée et à la sédentarité. En 2001, le 30 % des Québécois et des Estriens âgés de 15 ans ou plus sont des fumeurs réguliers ou occasionnels ; une proportion en baisse toutefois depuis 1987 alors qu'elle était de 40 %.

En Estrie, des enquêtes ont été effectuées dans les écoles secondaires en 1997, 1998 et 2000. Selon les données recueillies, la prévalence du tabagisme est stable depuis 1997 et rejoint celle du Québec. 70 % des jeunes de 12-17 ans des écoles secondaires sont non-fumeurs, à savoir, 65 % des filles et 75 % des garçons.

L'asthme

L'asthme peut être déclenché par la fumée secondaire de cigarette. Cette maladie atteint un nombre croissant de personnes et entraîne une diminution considérable de la qualité de vie. En 2001, la prévalence de l'asthme au Québec était d'environ 9 % alors qu'en Estrie, elle se situait à 6 %. Par ailleurs, le taux ajusté d'hospitalisation pour le Québec se situait autour de 115 par 100 000 personnes alors qu'en Estrie, il était de 83.

Les activités réalisées

Depuis 1996, en collaboration avec les CLSC de l'Estrie, nous avons mis en place le Programme régional « Vers des écoles sans fumée » (Annexe F), des activités de prévention principalement en secondaire 1 avec des relances en secondaire 2 et en secondaire 3, des actions de soutien à la cessation et des mesures visant la protection des non-fumeurs. Un budget spécifique est alloué à chaque CLSC pour permettre l'actualisation et la poursuite de ces objectifs.

Au cours des prochaines années, les activités du programme « Vers des écoles sans fumée » pourront être intégrées à la programmation du volet Habitudes de vie des projets « École en santé ».

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie						
• Participation régionale aux campagnes provinciales de dénormalisation sur les effets de la fumée dans l'environnement.	Nombre d'activités médiatiques régionales en rapport avec les campagnes nationales ou provinciales.	X	→	→	**Régional**	80 000 $ (alloués par le MSSS annuellement pour les activités de prévention du tabagisme)
• Actualisation des actions visant la promotion d'une politique globale sur le tabac (prévention, cessation, cours d'école sans fumée) dans les écoles secondaires de l'Estrie. Plan 2003-2008 *Vers des écoles sans fumée*.	Nombre d'écoles secondaires mettant en place une politique globale sur le tabac.	→	→	→	**Local**	
Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives						
• Formation continue des intervenants des écoles secondaires concernant le soutien à l'abandon tabagique.	Nombre de formations réalisées.	X	→	→	**Régional**	
	Nombre d'infirmières et autres intervenants formés (ex. : cliniques jeunesse).	X	→	→		
Promotion et application de politiques						
• Formation des intervenants des écoles secondaires concernant l'application d'une politique globale d'école sans fumée.	Nombre de formations réalisées.	X	→	→	**Régional**	
	Nombre d'infirmières et autres intervenants du milieu scolaire formés.	X	→	→		
Enquête sur la prévalence du tabagisme dans les écoles secondaires.	Bilan de la prévalence du tabac dans les écoles.	X			**Régional**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Soutien annuel (formation, mise à jour) des intervenants des écoles secondaires concernant l'actualisation des activités reliées au Programme régional « Vers des écoles sans fumée » (3 à 4 rencontres/année).

CLIENTÈLE : 12-17 ans **3.2.4**

DOMAINE : Habitudes de vie et maladies chroniques

OBJECTIFS :

D'ici 2012 :

- **Réduire à 30 % l'incidence du diabète.**
- **Réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %.**
- **Réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes en plus de prévenir l'excès de poids chez les adolescents.**
- **Augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour.**
- **Réduire de 3 % les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires.**

ÉTAT DE SITUATION :

Cet état de situation traite des problématiques prioritaires liées aux habitudes de vie et aux maladies chroniques chez les jeunes 12-17 ans. Comme il n'existe aucune donnée estrienne sur le sujet, nous référons aux enquêtes québécoises et canadiennes. Dans certains cas, nous avons choisi de présenter les taux de prévalence des problématiques à la fois pour les 5-11 ans et les 12-17ans, principalement en raison de leur interrelation et des similarités qu'elles peuvent présenter. Toutefois, certaines précisions sont ajoutées lorsque les taux de prévalence concernent davantage un groupe d'âge par rapport à l'autre.

Les maladies respiratoires

Les problèmes de santé chroniques qui touchent le plus les enfants et les adolescents sont l'asthme, le rhume des foins et les autres allergies[5]. L'asthme est la première cause de limitations d'activités dues à un problème de santé chez les jeunes québécois de 9 et 13 ans et après la carie dentaire, parmi les plus importantes (avec les problèmes ostéo-articulaires) chez ceux de 16 ans. La prévalence de l'asthme est plus élevée chez les jeunes de 9 ans et de 13 ans que chez ceux de 16 ans. Au Québec, en 1987, la prévalence de l'asthme était évaluée à 3,6 % et 2,6 % chez les 5 à 14 ans et les 15 à 19 ans respectivement, alors qu'en 1999, elle est estimée à 15 % chez les 9 ans et les 13 ans et à 11 % chez les 16 ans[5]. Par contre, les autres allergies et le rhume des foins touchent plus d'adolescents que d'enfants. Toujours selon cette même étude, la prévalence de symptômes de rhinite chez les jeunes de 13 ans est de 24 % et celle de la rhinoconjonctivite serait de 11 %.

Les facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires

Selon l'Enquête sociale et de santé 1999[5], un enfant de 9 ans sur quatre présente au moins un facteur de risque modifiable de maladies cardiovasculaires au Québec. À l'âge de 16 ans, c'est plus de 50 % des jeunes et, 19 % en présentent deux ou plus. Cette enquête permet aussi de constater une relation entre la présence de facteurs de risque MCV chez les jeunes et ceux de leurs parents biologiques, mais uniquement chez les jeunes vivant avec leurs deux parents. Ainsi on retrouve chez ces jeunes un profil lipidique plus élevé de même qu'une tension artérielle systolique limite ou élevée chez 16 % des enfants de 9 ans et chez 22 % et 27 % des jeunes de 13 et 16 ans respectivement. Cette relation peut être attribuable à des facteurs génétiques, à l'environnement familial, ou aux habitudes de vie. Tout comme pour les lipides plasmatiques, les valeurs moyennes estimées de tension artérielle systolique et diastolique augmentent significativement avec le poids chez les garçons et les filles de chaque âge. Les jeunes de 13 à 16 ans issus de ménage à faible revenu sont plus nombreux, en proportion, à présenter ces facteurs de risque. D'autres facteurs de risque tels que le tabac et la sédentarité jouent aussi un rôle sur l'incidence des maladies cardiovasculaires. Ces dimensions sont abordées dans les fiches du Plan d'action régional qui traitent du tabagisme et de l'activité physique chez les jeunes.

L'obésité

En 1999, l'embonpoint et l'obésité sont plus fréquents chez les jeunes québécois qu'ils ne l'étaient chez les jeunes canadiens en 1981. De 11 % à 13 % des jeunes présentent de l'embonpoint et de 3 % à 4 % de l'obésité. Des facteurs génétiques et des habitudes familiales contribueraient au développement de cette problématique. Des études auraient démontré que la prévalence de l'obésité est de deux à huit fois plus élevée au sein des familles où il y a des personnes obèses que dans la population en général[6]. On a décelé 3 périodes critiques, en bas âge, pour l'apparition de l'obésité : l'âge périnatal, entre 5 et 7 ans et l'adolescence. Les enfants obèses risquent plus que les autres d'être des adultes obèses, ce qui augmente leur risque de maladies cardiovasculaire, d'hypertension, de diabète, d'arthrite et de cancer. Les enfants qui montrent un excès de poids font également face au stress et à une faible estime de soi. L'excès de poids, qui peut aller jusqu'à l'obésité, contribuerait à 51 % des cas de diabète de type 2 et à 18 % des maladies coronariennes au Canada.

Le diabète

En ce qui a trait au diabète, l'augmentation des valeurs moyennes de glycémie avec l'excès de poids - qui est significative au point de vue statistique chez les garçons de 13 ans - combinée à la relation de ce dernier avec les lipides plasmatiques et la tension artérielle suggère la possibilité que le syndrome de résistance à l'insuline puisse se manifester dès l'enfance et l'adolescence au sein de la population québécoise.

L'alimentation

Il est démontré qu'une alimentation adéquate en quantité et en qualité nutritive représente un facteur de base de la croissance et du développement normal de l'organisme humain, de la résistance du système immunitaire tout au long de la vie, de la protection de plusieurs types de cancer et de la prévention des maladies cardiovasculaires, du diabète, de l'ostéoporose, de l'obésité, etc. (6-12-17 nous serons bien mieux)[7] À l'inverse, une alimentation insuffisante, de piètre qualité nutritionnelle, ou à teneur élevée en éléments indésirables, contribue à divers problèmes de santé. L'alimentation a un rôle important à jouer dans le développement de plusieurs maladies chroniques. Ainsi, un consensus existe quant au rôle de certains éléments nutritifs sur la prévention de divers problèmes de santé sur le développement de 4 maladies chroniques, soit le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'obésité.

Chez les enfants et les adolescents, toute la période de croissance est intimement liée à la qualité de l'alimentation. Certains effets particuliers de la nutrition sur le développement physique et cognitif sont propres à l'enfance et à l'adolescence. Les problèmes qui persistent actuellement sont largement dus à une consommation insuffisante de certaines catégories d'aliments ainsi qu'à des déséquilibres alimentaires qui n'assurent pas la présence adéquate des aliments nutritifs pouvant répondre aux besoins de tous. L'anémie ferriprive (reliée à une insuffisance de fer) constitue une préoccupation persistante ; outre la fatigue excessive, elle a pour effets de causer des problèmes de développement cognitif. Les besoins en fer sont accrus durant l'adolescence à cause de l'augmentation de la masse musculaire, de celle du volume sanguin et de celle de la concentration d'hémoglobine. Le calcium joue un rôle important dans la formation osseuse et dentaire. Les personnes qui ont une quantité adéquate de calcium au cours de l'enfance et de l'adolescence risquent moins de souffrir d'ostéoporose.

D'autres désordres nutritionnels affectent sérieusement la santé mentale et physique des jeunes. L'anorexie nerveuse, la boulimie, les vomissements provoqués, l'abus de laxatifs entraînent de graves déséquilibres alimentaires qui affectent leur croissance. Enfin, il semble que l'alimentation ait une influence sur le développement intellectuel et cognitif des jeunes et par conséquent sur leur rendement scolaire et leurs capacités mentales. On constate qu'une des barrières majeures à une alimentation équilibrée est la capacité des individus à se procurer des aliments nutritifs et en quantité suffisante pour assurer leur sécurité alimentaire. En 1998, on estimait que 8 % des ménages ont vécu une situation d'insécurité alimentaire durant l'année, dont 23 % étaient des familles monoparentales tandis que plus de 10 % des jeunes ne mangeaient pas assez. Ces dimensions sont abordées dans les fiches du Plan d'action régional sur la sécurité alimentaire pour toute la population.

Les interventions réalisées à ce jour en Estrie

- **Les actions liées aux maladies respiratoires** :

  Bien que cette problématique se classe parmi les plus prévalentes chez les enfants, et qu'un grand nombre d'interventions de nature individuelles sont effectuées auprès des jeunes atteints, il y a peu d'interventions préventives systématiques et structurées à l'égard de cette problématique sauf en ce qui a trait aux environnements sans fumée.

- **Les actions liées à la promotion de l'activité physique chez les jeunes** :

  - Sensibilisation de toutes les directions des établissements scolaires sur la sédentarité des jeunes et l'importance de mettre en place des mesures pour que chaque jeune ait l'opportunité d'être actif tous les jours de classe.
  - Organisation de diverses campagnes de sensibilisation à l'activité physique (*Vis ton énergie*, *Plaisir sur glace*, le *Mois de l'éducation physique et du sport étudiant*, etc.).

- **Les actions liées à l'alimentation** :

  À l'exception des récents efforts dans chacune des régions du Québec sur la sécurité alimentaire, en raison d'un budget spécifique, les actions réalisées pour la clientèle 12-17 ans en termes d'information, de modification de l'environnement, ou de l'éducation à une saine alimentation issues en grande partie, des CLSC ou de certains organismes communautaires sont sporadiques et non coordonnées au niveau régional. Aucun budget spécifique régional n'existe à ce niveau, ni aucun plan de développement spécifique.

- **Les actions entreprises pour lutter contre le tabagisme chez les jeunes du secondaire** :

  Dans la foulée des efforts antérieurs, le Québec s'est doté d'un Plan de lutte au tabac pour les années 2001-2005. Ce plan global contient des objectifs de prévention, cessation, protection des non-fumeurs et de dénormalisation de l'habitude tabagique. Depuis 1996, en collaboration avec les CLSC de l'Estrie, nous avons mis en place le Programme régional « Vers des écoles sans fumée ». Il s'adresse exclusivement au milieu scolaire **secondaire**.

En conformité avec les orientations préconisées dans le Programme national de santé publique et afin d'intervenir simultanément sur plusieurs déterminants et facteurs de risque, il sera nécessaire d'élaborer et d'implanter en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des adolescents, pour prévenir un ensemble de problèmes de santé prioritaires et atteindre les objectifs poursuivis. Le concept « École en santé » (Annexe C) est donc retenu. Cette mesure visera à rejoindre les enfants dans leurs principaux milieux de vie, soit à l'école et dans leur famille tout en tenant compte de l'ensemble des environnements dans lesquels ils évoluent.

Les principaux thèmes à considérer dans le volet Habitudes de vie d'« École en santé » sont :

- L'activité physique ;
- La saine alimentation ;
- La santé buccodentaire ;
- Le non-usage du tabac.

À cet effet, les activités prévues pour les enfants de 12-17 ans dans le Plan d'action régional de santé publique concernant la santé buccodentaire, l'activité physique et le non usage du tabac devront aussi faire partie de la programmation d'« École en santé » afin d'avoir une offre de service de santé publique coordonnée et intégrée à l'école.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Élaboration et implantation, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, d'une intervention globale, concertée de type « École en santé », pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'habitudes de vie et maladies chroniques						
• Réalisation dans 50 % d'écoles secondaires d'une programmation de type « École en santé ». Cinq stratégies devront être utilisées dans les écoles visées : 1. Activités d'information-sensibilisation. 2. Application de politiques, de lois et de règlements (ex. : Politique alimentaire). 3. Activités d'aménagement du milieu. 4. Activités de développement des compétences. 5. Activités de promotion et de soutien aux pratiques cliniques préventives (ex. : counselling sur les habitudes vie). **Les thèmes à considérer dans les activités à déployer sont le non-usage du tabac, la saine alimentation, l'activité physique et l'hygiène dentaire.** Il est à noter que les objectifs de santé et les activités prévues dans les fiches 12-17 ans, Habitudes de vie et maladies chroniques traitant de la santé buccodentaire, de l'activité physique et du tabagisme peuvent être intégrés en totalité ou en partie à la programmation intégrée « École en santé ».	Nombre d'écoles secondaires rejointes par les CLSC ayant mis en place une programmation du type « École en santé » concernant la prévention des problématiques d'habitudes de vie et maladies chroniques. Nombre d'enfants rejoints. Nombre de parents rejoints. Nombre de rencontres de parents.		X	→	**Local**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Processus régional d'implantation						
• Formation d'un comité régional MSSS-MEQ (axe promotion-prévention) tel que prévu dans l'Entente de complémentarité MSSS-MEQ.	Comité formé. Nombre de rencontres régionales.		X	→	**Régional**	67 500 $ 1 ETC (agent de planification et de programmation sociosanitaire)[1]
• Élaboration d'un cadre de référence régional sur l'approche de type « École en santé » harmonisé au modèle national.	Cadre de référence régional élaboré.		X		**Régional**	
• Identification des critères de priorisation des écoles primaires ciblées.	Critères de priorisation définis.		X		**Régional**	
• Soutien et suivi des programmations de type « École en santé ».	Analyse des bilans locaux.			X	**Régional**	
Processus local d'implantation.						
• Choix des écoles ciblées par les instances locales (commissions scolaires, CLSC, autres partenaires).	Nombre d'écoles ciblées.			X	**Local**	742 500 $ 11 ETC (inf.)
• Engagement des milieux scolaires ciblés à développer une approche de type « École en santé ».	Nombre d'ententes convenues entre écoles, commissions scolaires et CLSC.			X	**Local**	
• Choix d'activités prioritaires en lien avec les problématiques identifiées dans le PNSP et identification des stratégies ou moyens pour atteindre les objectifs visés.	Activités et stratégies utilisées convenues. Comité école mis en place.			X	**Local**	
• Déploiement des activités dans l'école et dans la communauté.	Nombre et type d'activités réalisées à l'école et dans la communauté.			X	**Local**	
• Réalisation d'un bilan annuel et ajustements.	Bilans locaux réalisés et diffusés et ajustements apportés.			X	**Local**	

[1] Cette ressource régionale est la même que celle identifiée dans la fiche Développement, adaptation et intégration sociale, 12-17 ans, « École en santé ».

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Formation en 2004-2005 des dirigeants et personnel scolaire sur le concept d'école en santé et sur la programmation intégrée en milieu scolaire avec le guide sur l'implantation d'écoles en santé réalisé conjointement par le Ministère de l'éducation du Québec et le MSSS.

CLIENTÈLE : 12-17 ans **3.2.5**

DOMAINE : Habitudes de vie et maladies chroniques

STRATÉGIES : Développement des communautés et actions intersectorielles

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Développement d'actions intersectorielles visant à soutenir l'implantation du programme « École en santé » dans chacune des écoles ciblées selon le cadre de référence régional : ➢ Collaboration à la promotion du programme et sensibilisation de tous les acteurs concernés en vue de favoriser leur engagement et leur appropriation à l'égard du programme « École en santé ».	Nombre d'activités intersectorielles développées.		X	→	**Local**	67 500 $[1] 1 ETC (interv. com.)
➢ Mobilisation et concertation du milieu, des parents et de la communauté.						
➢ Support à la réalisation des activités priorisées dans chacune des écoles, principalement au niveau des activités d'aménagements de milieu.						

[1] Budget servant aussi pour le développement des communautés dans le domaine Développement, adaptation et intégration sociale, « École en santé », 12-17 ans.

Domaine 4

Maladies infectieuses

Présentation du domaine des maladies infectieuses

L'objectif global, pour la clientèle adolescente, est de mettre à jour le statut vaccinal de chaque personne avant qu'elle quitte le réseau scolaire et qu'elle soit alors totalement responsabilisée quant aux immunisations à recevoir pendant le reste de sa vie. Pour la plupart des problèmes de nature infectieuse retenus dans cette section, nous pouvons donc compter sur une stratégie d'immunisation comme moyen efficace d'intervention et de contrôle. Par ailleurs, le début d'une vie sexuelle active va de pair avec le risque posé par les infections transmissibles sexuellement, par les hépatites virales et par le VIH (virus d'immunodéficience humaine). C'est pourquoi ces diverses maladies infectieuses font l'objet des autres fiches de cette section.

CLIENTÈLE : 12-17 ans

3.4.1

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie, de la poliomyélite et du tétanos en ce qui concerne les cas indigènes.

ÉTAT DE SITUATION :

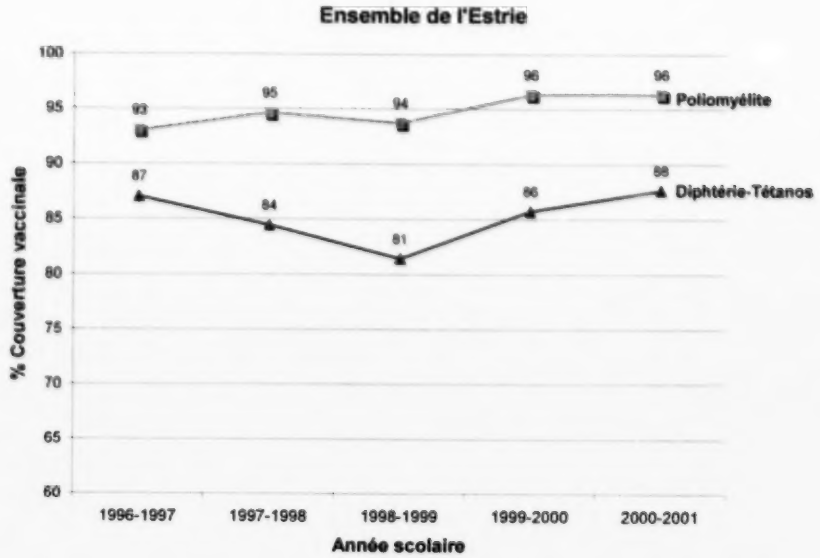
Il n'y a aucun cas de diphtérie déclaré au Québec depuis 1977 et la poliomyélite causée par le virus sauvage a été déclarée éradiquée des Amériques en 1994 par l'Organisation mondiale de la santé[9]. Cependant, ces deux maladies sont encore présentes ailleurs dans le monde et il faut continuer de protéger la population. Le tétanos, contrairement à la diphtérie et à la poliomyélite, ne se transmet pas d'une personne à une autre. Il s'agit donc d'un risque individuel mais qui est complètement évitable par l'immunisation. On a enregistré une dizaine de cas de tétanos au Québec entre 1991 et 1996, mais aucun cas n'a été déclaré depuis 1997[9].

Au Québec, ces trois maladies sont donc considérées comme contrôlées par les programmes de vaccination qui existent contre la diphtérie depuis 1931, contre le tétanos depuis 1949 et contre la poliomyélite depuis 1955. La vaccination systématique contre ces maladies se fait à l'âge de 2, 4, 6 et 18 mois, au moyen du vaccin DCaT-Polio-Hib; la primovaccination se termine au moment de l'entrée à la maternelle, au moyen du vaccin DCaTP et un premier rappel est administré en 3e secondaire, au moyen du vaccin dT. Par la suite, un rappel aux 10 ans demeure recommandé mais ne fait pas l'objet d'un programme systématique.

En 2000, en Estrie, le programme de mise à jour de la vaccination en 3e secondaire est entièrement assuré par les CLSC et réalisé en milieu scolaire.

Les critères de couverture vaccinale varient selon les maladies visées, mais les résultats en Estrie[8], en 2001, en 3e secondaire, atteignent 96 % pour la poliomyélite (primovaccination complétée avec au moins une dose administrée après l'âge de 4 ans) et 88 % pour la diphtérie et le tétanos (primovaccination complétée et rappel administré au moins 5 ans après la dernière dose de vaccin). L'objectif de couverture vaccinale à atteindre contre ces trois maladies dans la population est fixé à 95 %.

Couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite en 3e secondaire, en Estrie, année scolaire 1996-1997 à 2000-2001



Couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite en 3e secondaire, en Estrie, année scolaire 2000-2001

MRC ou territoire équivalent	Diphtérie - Tétanos %	Polio %
MRC du Granit	80	98
MRC d'Asbestos	96	96
MRC du Haut-Saint-François	83	99
MRC du Val-Saint-François	82	92
MRC de Coaticook	95	97
MRC de Memphrémagog	90	98
Ville de Sherbrooke	88	96

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Vaccination des jeunes contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos (vaccination de base). • Activités de relance afin d'optimiser la couverture vaccinale contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos.	85 % des jeunes (jusqu'en 3e secondaire) seront vaccinés adéquatement contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos.	X			**Régional/local**	Budget régulier
	90 % des jeunes (jusqu'en 3e secondaire) seront vaccinés adéquatement contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos.		X			
	95 % des jeunes (jusqu'en 3e secondaire) seront vaccinés adéquatement contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos.			X		
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas de diphtérie, de poliomyélite et de tétanos.	100 % des cas déclarés de diphtérie, de poliomyélite et de tétanos auront fait l'objet d'une enquête épidémiologique.	X	→	→	**Régional**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Support-conseil pour les programmes de vaccination.

CLIENTÈLE : 12-17 ans

3.4.2

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sous le seuil d'élimination.

ÉTAT DE SITUATION :

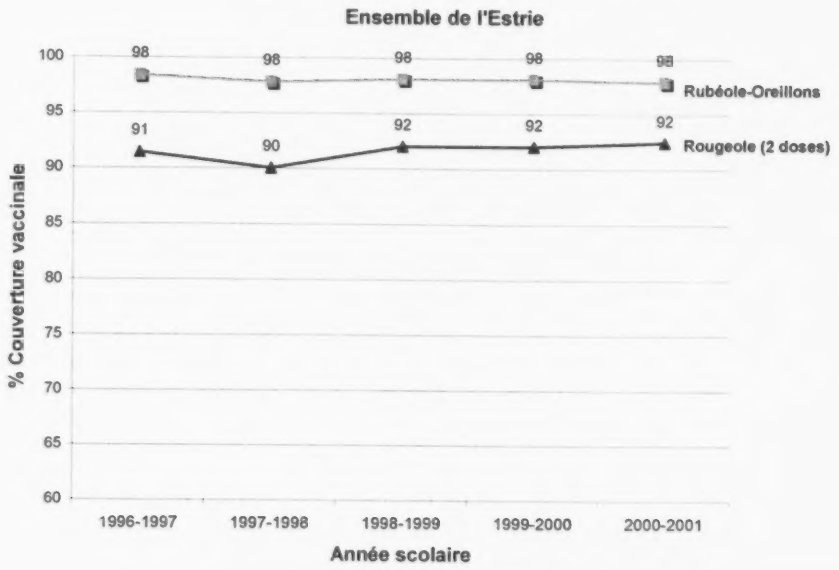
La rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) sont des maladies considérées comme contrôlées par l'immunisation, bien que des cas isolés ou des éclosions puissent toujours survenir.

Depuis l'épidémie de 1989 où 503 cas de rougeole avaient été déclarés en Estrie[9], et plus de 10 000 au Québec, la rougeole n'est présente que de façon sporadique. Au Québec, moins de 5 cas de rougeole ont été enregistrés de 1997 à 1999 dans le fichier *maladie à déclaration obligatoire* mais en 2000, 32 cas de rougeole étaient déclarés, dont 28 reliés à une éclosion dans une communauté non vaccinée. En Estrie, aucun cas de rougeole n'est documenté depuis 1996. Rappelons que, suite à une épidémie de rougeole qui a sévi en Ontario en 1995, une vaste campagne de revaccination a été réalisée par les CLSC au Québec, au printemps 1996, auprès des enfants du primaire et du secondaire, au terme de laquelle la protection contre la rougeole (2 doses) atteignait 89 %. Depuis 1996 également, le programme régulier de vaccination prévoit l'administration systématique du vaccin RRO à l'âge de 12 et 18 ans.

La campagne de revaccination au moyen du vaccin RRO a également eu un impact sur l'incidence de la rubéole et des oreillons. Au Québec, moins de 3 cas de rubéole sont déclarés annuellement de 1998 à 2001 mais aucun cas n'est enregistré en Estrie[9] depuis 1997. Cependant, 2 cas de rubéole congénitale sont survenus au Québec (1999 et 2000), venant rappeler l'importance de la vérification du statut immunitaire chez les femmes en âge de procréer. Finalement, aucun cas d'oreillons n'est confirmé en Estrie[9] depuis 1999 malgré quelques signalements de parotidites cliniques mais dans l'ensemble du Québec, on enregistre une moyenne annuelle de 15 cas confirmés de parotidites ourliennes entre 1997 et 2001.

Pour l'année scolaire 2000-2001[8], 92 % des étudiants en 3e secondaire ont reçu 2 doses d'un vaccin contre la rougeole. La protection contre la rubéole et les oreillons atteint 98 % en 3e secondaire, au cours de l'année scolaire 2000-2001. L'objectif de vaccination contre la rougeole (2 doses), la rubéole (1 dose) et les oreillons (1 dose) est fixé à 95 %.

Couverture vaccinale contre la rougeole, la rubéole et les oreillons en 3e secondaire, en Estrie, année scolaire 1996-1997 à 2000-2001



Couverture vaccinale contre la rougeole, la rubéole et les oreillons en 3e secondaire, en Estrie, année scolaire 2000-2001

MRC ou territoire équivalent	Rougeole (2 doses) %	Rubéole - Oreillons %
MRC du Granit	94	99
MRC d'Asbestos	97	100
MRC du Haut-Saint-François	93	99
MRC du Val-Saint-François	83	93
MRC de Coaticook	94	99
MRC de Memphrémagog	92	98
Ville de Sherbrooke	94	98

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Vaccination des jeunes contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (vaccination de base).	90 % des jeunes (jusqu'en 3e secondaire) seront vaccinés adéquatement contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.	X			**Régional/local**	Budget régulier
• Activités de relance afin d'optimiser la couverture vaccinale contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.	95 % des jeunes (jusqu'en 3e secondaire) seront vaccinés adéquatement contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.		X	→		
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas de rougeole, de rubéole et d'oreillons.	100 % des cas déclarés de rougeole, de rubéole et d'oreillons auront fait l'objet d'une enquête épidémiologique.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Support-conseil pour les programmes de vaccination.

CLIENTÈLE : 12-17 ans

3.4.3

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérogroupe C dans la population âgée de 20 ans ou moins.

ÉTAT DE SITUATION :

Les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C, bien qu'elles soient peu fréquentes, même lorsqu'elles connaissent une recrudescence, sont graves, imprévisibles et souvent fulgurantes dans leur mode de présentation.

De 1996 à 2002[9], seulement 2 cas d'infection invasive, causée par un méningocoque de sérogroupe C, ont été déclarés en Estrie, soit en décembre 2000 et janvier 2001. À l'inverse, dans plusieurs régions du Québec, il y a eu une recrudescence importante des infections dues au sérogroupe C à partir de février 2001. Ces infections ont été à l'origine de plusieurs éclosions et interventions avec antibioprophylaxie et vaccination auprès des jeunes à l'hiver et au printemps 2001, dans différentes régions du Québec. En effet, alors qu'il y avait régression régulière de ces infections dans la population, depuis la campagne de vaccination massive de 1993, et qu'on ne relevait entre 1996 et 2000, que moins de 10 cas en moyenne par année au Québec, une épidémie de 57 cas a été confirmée en 2001, reliée à un clone du méningocoque de sérogroupe C particulièrement virulent (létalité de 17 %).

Les seuls vaccins disponibles pour limiter les éclosions de méningocoque de sérogroupe C, avant mai 2001, étaient les vaccins « polysaccharidiques ». La réponse immunitaire à ces vaccins pouvant s'atténuer avec le nombre de doses, ainsi que leur durée d'efficacité limitée (environ 2-3 ans), ont restreint leur utilisation au Québec, aux seules situations où les éclosions étaient bien documentées. En mai 2001, un premier vaccin « conjugué » contre les infections à méningocoque de sérogroupe C était homologué au Canada et son profil d'efficacité est venu modifier les perspectives de prévention à long terme de ces infections. C'est pourquoi le ministre de la Santé et des Services sociaux a décrété la tenue d'une campagne provinciale de vaccination préventive. Cette campagne s'est déroulée du 24 septembre 2001 au 31 janvier 2002, auprès de tous les jeunes nés depuis le 17 juillet 1980. En Estrie[8], les CLSC ont administré ce vaccin « conjugué » à plus de 63 000 jeunes au cours de cette période, pour une couverture vaccinale globale de 81 % dont 93 % au secondaire, 69 % au cégep et 54 % chez les universitaires âgés de moins de 21 ans.

Depuis le 1er novembre 2002, la vaccination contre le méningocoque de sérogroupe C est intégrée au programme de vaccination régulier des enfants du Québec et ce, à l'âge d'un an (1 dose). L'objectif de couverture vaccinale contre cette maladie est fixé à 95 %.

Couverture vaccinale de la campagne contre les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C chez les jeunes en école secondaire, 2001-2002

MRC ou territoire équivalent	%
MRC du Granit	95
MRC d'Asbestos	94
MRC du Haut-Saint-François	97
MRC du Val-Saint-François	94
MRC de Coaticook	92
MRC de Memphrémagog	93
Ville de Sherbrooke	92
Ensemble de l'Estrie	*93*

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	Financement
Vaccination						
• Activités de relance afin d'optimiser la couverture vaccinale contre les infections à méningocoque de sérogroupe C.	95 % des jeunes (jusqu'en 3e secondaire) seront vaccinés adéquatement contre le méningocoque de sérogroupe C.	X	→	→	**Régional/local**	Budget régulier
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas d'infection invasive à méningocoque de sérogroupe C	100 % des cas déclarés d'infection invasive à méningocoque de sérogroupe C auront fait l'objet d'une enquête épidémiologique.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Support-conseil pour les programmes de vaccination.

CLIENTÈLE : 12-17 ans

3.4.4

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, réduire de 50 % (à 1/100 000 personnes) l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.

ÉTAT DE SITUATION :

L'hépatite B est une infection virale du foie évitable par l'immunisation, qui se transmet lors de relations sexuelles non protégées, avec une personne infectée, par le sang ou le matériel d'injection contaminés et lors de l'accouchement. Au moment de l'acquisition du virus, la personne peut développer une hépatite aiguë, mais souvent l'infection passera inaperçue. Près de 10 % des adultes, mais jusqu'à 90 % des nouveau-nés infectés resteront porteurs chroniques du virus et seront à risque de développer éventuellement une maladie hépatique chronique, comme la cirrhose ou un cancer du foie. Le Canada ainsi que la plupart des pays industrialisés sont considérés comme des pays de faible endémicité pour l'hépatite B avec environ une personne sur 200 (0,5 %) qui est porteuse chronique du virus, alors que dans les pays de haute endémicité, comme le sont la plupart des pays en voie de développement, la prévalence du portage chronique peut atteindre une personne sur dix.

En Estrie[9], après avoir atteint un pic d'incidence en 1993 à 10,4 par 100 000 personnes, l'hépatite B aiguë est à son plus bas niveau des 10 dernières années avec 0,7 cas par 100 000 en 2001. Cependant, l'incidence de porteurs chroniques d'hépatite B, détectés en Estrie[9], en 2001, continue d'augmenter et atteint 10,3 par 100 000, soit 30 personnes. Ici, il s'agit des *nouveaux* cas de porteurs du virus diagnostiqués au cours de l'année. Cette définition suppose soit la persistance du virus plus de 6 mois après l'infection aiguë ou encore, la détection sérologique du virus suite à un dépistage, en l'absence de symptômes ou de facteurs de risque récents. Cette dernière éventualité est la plus fréquente.

On se rappellera que la vaccination universelle contre l'hépatite B est recommandée au Québec et qu'elle est réalisée auprès des enfants de la 4e année du primaire depuis l'automne 1994. Alors que le taux de couverture de ce programme se situait à 79 % la première année, ce taux a rapidement grimpé aux environs des 90 % les années subséquentes et il se maintient à 91 % en Estrie[8], pour l'année scolaire 2000-2001.

Parallèlement à la vaccination en milieu scolaire, l'accès à la vaccination gratuite depuis 1994 pour les personnes de tout âge appartenant à des groupes à risque élevé, a été élargi de façon appréciable; cette vaccination pouvant être combinée avec le vaccin contre l'hépatite A, selon la nature des facteurs de risque présentés.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Vaccination contre l'hépatite B des groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec* (Annexe G).	Nombre de doses de vaccins contre l'hépatite B distribuées en dehors du programme scolaire pour la vaccination des groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec.*	X	→		**Régional/local**	Budget régulier
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas d'hépatite B.	100 % des contacts de cas déclarés d'hépatite B auront fait l'objet d'une intervention appropriée de santé publique.	X	→		**Régional**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Rappels périodiques auprès des médecins et des infirmières des programmes de vaccination gratuite visant les groupes à risque.

CLIENTÈLE : 12-17 ans

3.4.5

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2012 :

- **Réduire l'incidence annuelle de l'infection par le VIH et par le virus de l'hépatite C;**
- **Réduire la proportion de personnes infectées par l'hépatite C qui développent une cirrhose du foie.**

ÉTAT DE SITUATION :

Virus d'immunodéficience humaine (VIH)

Le taux d'incidence cumulative du sida par 100 000 personnes au 30 juin 2002 au Québec, pour le groupe d'âge 15-19 ans, est de 2,2 pour les femmes et 6,8 pour les hommes. En Estrie[10], au total, entre 1979 et 2002, 61 cas de sida sont déclarés. Le pourcentage de cas de sida déclarés attribuable à l'injection de drogues injectables augmente d'année en année comme l'illustre le graphique ci-contre.

Dans le cadre du programme de subvention pour les projets d'intervention-terrain pour la prévention du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement (ITS), un projet intitulé *MTS et jeunes hors réseau* (Annexe H) est subventionné dans notre région depuis 1999. La clientèle vulnérable visée est celle des jeunes en difficulté.

Virus de l'hépatite C (VHC)

Au Québec, l'hépatite C occupe le deuxième rang des maladies à déclaration obligatoire, après la chlamydiose génitale[9]. Depuis 2002, un programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C (Annexe I) est déployé à l'échelle du Québec. Ce programme poursuit trois objectifs :

- Offrir à toutes les personnes atteintes les soins et les conseils appropriés.
- Procurer l'aide financière à celles qui y sont admissibles (indemnisation des personnes infectées par le VHC par suite d'une transfusion sanguine avant 1986 ou entre le 2 juillet 1990 et le 28 septembre 1998; les personnes qui ont contracté le virus entre 1986 et le 1er juillet 1990 sont couvertes par un règlement fédéral-provincial-territorial).
- Prévenir la propagation de l'infection au sein de la population.

L'incidence des nouveaux cas d'hépatite C en Estrie[9] varie de 31 à 37 cas par 100 000 personnes au cours des 5 dernières années. L'hépatite C en Estrie[9] affecte principalement des hommes (70 % des cas) et les cas sont âgés de 16 à 88 ans; la plus haute incidence se retrouvant régulièrement chez les 30-39 ans. Elle est la troisième maladie à déclaration obligatoire en importance en Estrie, après la chlamydiose et la campylobactériose.

Les UDI ont la piqûre (volet adolescents) (Annexe J)

Sachant l'importance du risque de contracter le VIH ou le VHC suite à l'injection de drogues intraveineuses, il est primordial de s'assurer que les jeunes qui consomment déjà ont accès à du matériel d'injection stérile.

Le graphique ci-contre illustre le nombre de contacts qu'ont eu les jeunes de 19 ans et moins avec le réseau estrien de distribution de matériel d'injection stérile, soit par le Centre régional de prévention et de dépistage anonyme du sida, soit par les travailleurs de rue.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU de RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Prévention des infections par le VIH/sida, le VHC et les ITS auprès des groupes vulnérables parmi les adolescents et les adultes						
• Financement des programmes efficaces.	100 % des projets jugés efficaces et visant des clientèles vulnérables ciblées par le MSSS et présentes en Estrie, bénéficieront d'un financement égal ou supérieur à celui de l'année financière 2002-2003.			X	**Régional/local**	Budget Régulier + Financement spécifique pour certaines activités ciblées par le MSSS
• Intervention visant l'échange de seringues pour prévenir la transmission du virus de l'hépatite B et du virus de l'hépatite C, ainsi que la transmission du VIH.	Maintenir le nombre de sites d'échange de seringues déjà existants en Estrie.	X	→	→		
	100 % des sites d'échange de seringues du réseau de la santé (CLSC, salles d'urgence et organismes communautaires) pourront distribuer le nouveau matériel recommandé par le MSSS, en lien avec l'injection.			X		
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas d'hépatite C.	100 % des cas déclarés d'hépatite C auront fait l'objet d'une intervention appropriée de santé publique.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Pour soutenir les programmes de prévention du VIH et du VHC chez les utilisateurs des drogues injectables du Québec, le MSSS met à la disposition des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, et aussi du réseau communautaire, trois programmes de formation :

- Le programme *Aiguillons nos interventions* s'adresse aux intervenants de première ligne pour les habiliter à intervenir auprès des utilisateurs des drogues injectables.
- Le programme *L'intervenant en toxicomanie à l'heure du sida* s'adresse, comme son nom l'indique, aux intervenants en toxicomanie.
- Le programme de formation *La réduction des méfaits* a été conçu pour aider les intervenants à mieux cerner les enjeux des approches de réduction des méfaits et l'implication dans les services offerts.

Plusieurs intervenants du réseau, en Estrie, ont déjà suivi ces formations mais il est important de maintenir ces formations pour les nouveaux intervenants ou pour ceux qui ne les auraient pas encore reçues. Ces formations d'une journée ne comportent pas de frais d'inscription : les établissements doivent toutefois libérer leurs employés et les remplacer, si nécessaire, à leurs frais.

CLIENTÈLE : 12-17 ans

3.4.6

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF :

D'ici 2007, réduire l'incidence des problèmes liés aux infections transmissibles sexuellement, soit :

- **réduire à moins de 50 cas pour 100 000 personnes, le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis*;**
- **réduire de 50 % le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 15 à 24 ans;**
- **maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination (à moins de 0,2 cas pour 100 000 personnes);**
- **maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement.**

D'ici 2012, réduire l'incidence des problèmes liés aux infections transmissibles sexuellement, soit :

- **réduire les infections à *Neisseria gonorrhoeae* jusque sous le seuil d'élimination;**
- **réduire à moins de 10 pour 1 000 la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique;**
- **réduire l'incidence annuelle des infections virales transmissibles sexuellement.**

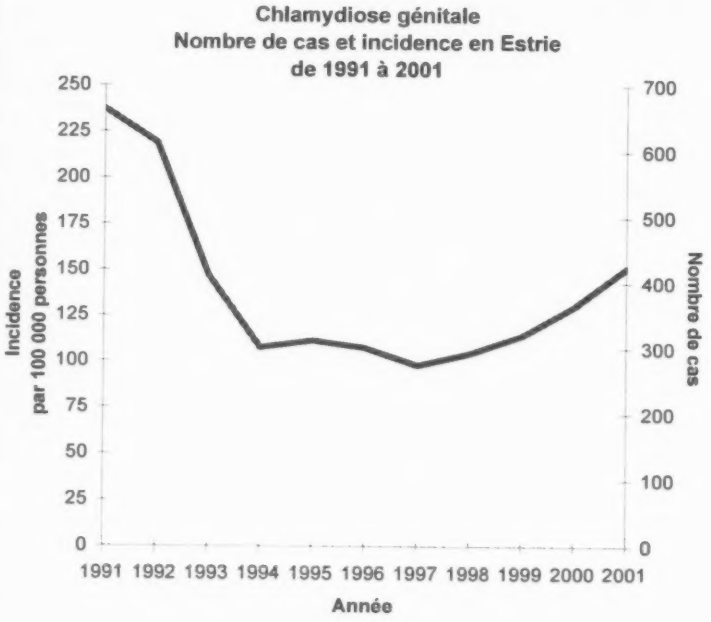
ÉTAT DE SITUATION :

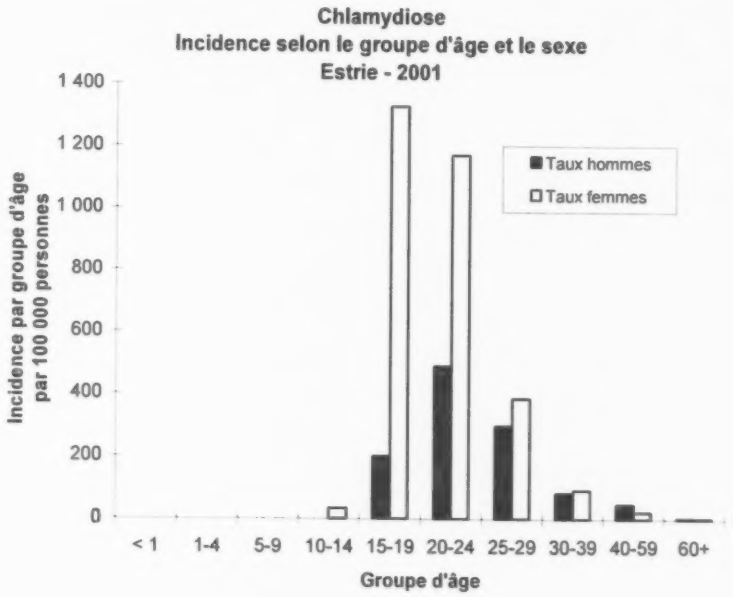
Infections à *Chlamydia trachomatis*

En Estrie[9], les infections transmissibles sexuellement (ITS) constituent plus de 40 % des maladies à déclaration obligatoire, et l'infection à *Chlamydia trachomatis* représente autour de 90 % des infections transmissibles sexuellement étant des maladies à déclaration obligatoire. Alors qu'une diminution constante des infections transmissibles sexuellement d'étiologie bactérienne s'était poursuivie jusque vers la fin des années 1990, une hausse d'incidence est observée depuis les années 1997 et 1998. Cette hausse est aussi observée au niveau provincial.

Toujours en Estrie[9], après une diminution de l'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* de 59 % entre 1990 et 1997, une augmentation presque du même ordre, soit de 58 %, a été observée entre 1997 et 2001. Ainsi, pour cette même période, le nombre de cas annuels est passé de 278 à 440 cas et le taux pour 100 000 personnes est passé de 97 à 151. L'utilisation de nouvelles techniques de détection plus acceptables et plus sensibles explique peut-être en partie cette augmentation. Toutefois, on ne peut exclure une augmentation réelle de l'incidence, dans un contexte où il est reconnu que l'adoption et le maintien de comportements sexuels sécuritaires sont loin d'être acquis chez les adolescents et les jeunes adultes.

Les cas sont peu fréquents chez les 10-14 ans, de 1 à 3 cas sont déclarés annuellement dans ce groupe d'âge. Quant aux 15-24 ans, ceux-ci constituent environ 70 % des cas déclarés et demeurent ceux qui ont les taux d'incidence les plus élevés. Trente pourcent des cas sont déclarés chez les personnes de 15 à 19 ans. En 2001, le taux est de 749 par 100 000 personnes dans le groupe d'âge des 15-19 ans. Enfin, d'année en année, les femmes constituent 70 % des cas déclarés. Les taux d'incidence les plus élevés sont retrouvés chez les femmes de 15-19 ans et avec un taux de 1 325 par 100 000 personnes. En Estrie en 2001, 149 nouveaux cas de chlamydiose sont déclarés chez les personnes de 10 à 19 ans





Chlamydiose génitale
Estrie, 1999-2001

MRC ou territoire équivalent	Nb annuel moyen	Incidence moyenne par an/pour 100 000 personnes
MRC du Granit	11	51,7
MRC d'Asbestos	12	77,9
MRC du Haut-Saint-François	11	47,7
MRC du Val-Saint-François	26	91,3
MRC de Coaticook	9	56,7
MRC de Memphrémagog	30	71,9
Ville de Sherbrooke	217	150,7
Inconnu	68	
Ensemble de l'Estrie	*381*	*131,3*

Syphilis infectieuse

La syphilis infectieuse est absente dans les statistiques régionales reliées aux adolescents[9]. Notre région n'est d'ailleurs pas encore touchée par l'augmentation des cas de syphilis, mais une éclosion de cette infection est en cours dans la région de Montréal depuis l'automne 2000. Cette éclosion touche presque exclusivement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les jeunes homosexuels devront dorénavant faire l'objet d'un dépistage systématique pour cette infection.

Infections bactériennes rares

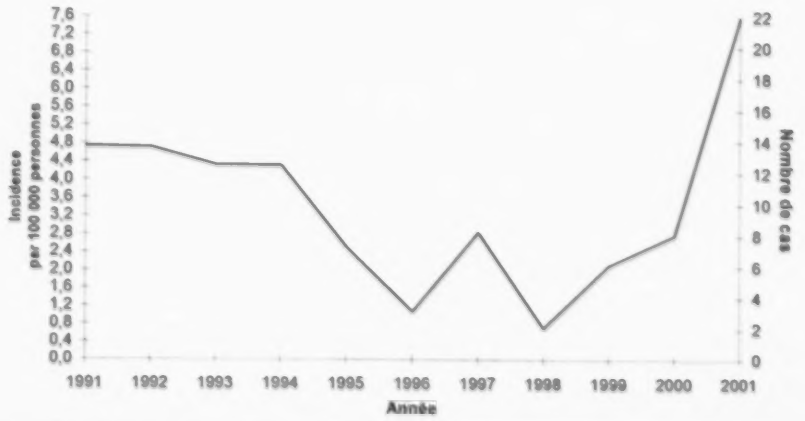
Les infections bactériennes rares, transmissibles sexuellement (chancre mou, lymphogranulome vénérien et granulome inguinal) sont elles aussi absentes des statistiques régionales pour tous les groupes d'âge[9]. Elles sont effectivement très peu fréquentes, car les données pour tout le Québec révèlent : qu'un seul cas de chancre mou a été déclaré dans la région de Québec en 1996; qu'aucun cas de granulome inguinal n'a été rapporté au Québec entre 1996 et 2000; et que 2 cas de lymphogranulomatose vénérienne ont été signalés, l'un en 1996 et l'autre en 1997.

Infections gonococciques

Au Québec[9], entre 1984 et 1998, le taux d'incidence de l'infection gonococcique est passé de 105,6 par 100 000 personnes à 6,6 par 100 000 personnes soit une réduction de 94 %. L'élimination de la transmission locale de l'infection gonococcique a alors été retenue comme objectif à atteindre. Toutefois, une hausse du taux d'incidence de 63 % (de 6,6 à 10,8) est observée entre 1998 et 2001. Ceci se traduit par une augmentation du nombre de cas déclarés de 495 cas en 1998 à 831 en 2001. Si l'atteinte de l'objectif d'élimination de la transmission locale de la gonorrhée apparaissait possible en 1998, cela est moins évident à l'heure actuelle. Cette hausse troublante de l'incidence de l'infection gonococcique concerne surtout les hommes (une hausse de 74 % entre 1998 et 2001), mais aussi les femmes (hausse de 40 % pour la même période). D'ailleurs, 80 % des infections gonococciques déclarées touchent des hommes. Parmi les cas d'infection gonococcique chez les hommes, la proportion d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes est beaucoup plus élevée dans la région de Montréal (71 %) que dans le reste du Québec (42 %). La région de Montréal-Centre est particulièrement touchée et on y retrouve 68 % de l'ensemble des cas du Québec : le taux d'incidence y est presque trois fois celui de l'ensemble du Québec (30,2 versus 10,8). Toutes les autres régions ont des taux d'incidence inférieurs à ceux du Québec, sauf les régions de Nunavik et Terres Cries Baie James où les taux sont très élevés.

En Estrie[9], la chute drastique de l'incidence de l'infection gonococcique a eu lieu entre 1986 et 1989, années entre lesquelles le nombre de cas annuels est passé de 280 à 44 cas. Le taux pour 100 000 personnes passait ainsi de 109 à 17. Entre 1990 et 2000, la situation est demeurée stationnaire, le nombre de cas annuels se situant entre 2 et 13 cas. En 2001, 22 cas ont été déclarés, dont une éclosion d'une quinzaine de cas en novembre et décembre 2001. Un contexte de prostitution fut à l'origine de cette éclosion.

Gonorrhée
Nombre de cas et incidence en Estrie
de 1991 à 2001



Pour la période 1997-2001, chez le groupe d'âge « 10-14 ans », 1 seul cas a été déclaré et est survenu en 2000. Quant au groupe d'âge « 15-19 ans », 3 cas ont été déclarés en 1997 et 2 cas en 2000. L'infection gonococcique se distribue parmi tous les groupes d'âge et survient nettement plus souvent chez les hommes que chez les femmes. En fait, entre 1997 et 2001, 37 cas ont été déclarés chez les hommes et 9 cas chez les femmes. Ainsi, nous rejoignons les statistiques provinciales avec un pourcentage de 80 % touchant les hommes.

Il n'existe pas de système québécois de surveillance systématique des complications dues aux infections transmissibles sexuellement. Cependant, certaines données sont compilées sur les grossesses ectopiques. Même si l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* ne sont pas les seules causes de ce problème, il demeure qu'elles y contribuent largement. Le tableau suivant présente quelques données concernant l'incidence des grossesses ectopiques au Québec.

Grossesses ectopiques chez les 15 à 44 ans
Estrie, Québec, 1995-1998

Année	Estrie		Québec	
	Nb de grossesses ectopiques	Incidence par 1 000 grossesses	Nb de grossesses ectopiques	Incidence par 1 000 grossesses
1995	58	13,4	1 474	11,9
1996	48	11,0	1 371	11,2
1997	39	9,2	1 321	11,2
1998	46	11,2	1 182	10,4

Source : Analyse des cas de chlamydiose, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1995-1999, MSSS, *octobre 2000*

Le cancer du col (le virus du papillome humain est détecté dans la presque totalité des cas de cancer du col de l'utérus), l'infertilité tubaire, l'atteinte inflammatoire pelvienne sont d'autres complications dues aux infections transmissibles sexuellement ayant une morbidité importante. Enfin, il est de plus en plus reconnu que la présence d'une infection transmissible sexuellement est un facteur qui augmente de façon significative le risque de transmission de l'infection au VIH.

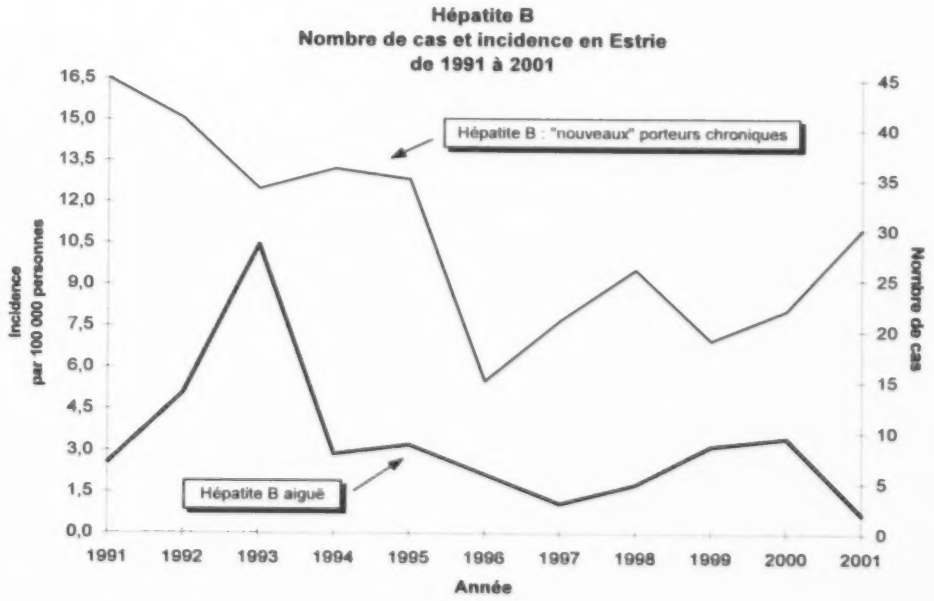
En ce qui concerne les infections transmissibles sexuellement virales, tous les experts s'entendent : même si elles ne font pas l'objet d'une surveillance systématique, les infections transmissibles sexuellement virales comme l'herpès génital et les infections au virus du papillome humain sont encore plus fréquentes que les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire. Il n'existe pas de véritable traitement curatif de ces infections qui sont transmissibles même en l'absence de symptômes; aussi, le réservoir de l'infection augmente-t-il progressivement. La fréquence de ces infections transmissibles sexuellement virales a fait l'objet de peu d'enquêtes statistiques au Canada.

Hépatite B

Depuis 1996 en Estrie[9], les pics d'incidence de l'hépatite B aiguë sont réduits et entre 1996 et 2000, en moyenne 6 nouveaux cas d'hépatite B sont survenus par an. Avec cette baisse de l'incidence, le taux de porteurs chroniques devraient lui aussi baisser lors des prochaines années.

Système de surveillance

Une surveillance régionale des cas annuels déclarés des infections transmissibles sexuellement/maladie à déclaration obligatoire est effectuée. L'utilisation des tests de détection des infections transmissibles sexuellement/maladie à déclaration obligatoire et des taux de positivité de ces tests font aussi l'objet d'une surveillance afin d'optimiser l'usage de ces tests. Un rapport est produit et diffusé annuellement aux intervenants concernés.



En Estrie, nous procédons aussi à une collecte informatisée des données d'enquête épidémiologique auprès des personnes infectées et leurs partenaires sexuels depuis 1999. Ces données sont analysées annuellement et permettent d'évaluer le nombre et le type d'interventions effectuées, le profil de la clientèle quant à leur âge, leur sexe ou leurs comportements à risque, et le nombre de médecins avec qui des ententes permanentes sont établies pour les fins de notification des partenaires sexuels des personnes infectées.

Enfin, un *État de situation sur les services de dépistage des infections transmissibles sexuellement, de vaccination contre les hépatites et de notification aux partenaires, auprès des personnes à risque élevé de l'Estrie* a été effectué au cours de l'année 2001.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Prévention des infections par le VIH/sida, le VHC et les ITS auprès des groupes vulnérables parmi les adolescents						
• Prévention auprès des adolescents appartenant à des groupes vulnérables en ce qui concerne les ITS.	Réduire à moins de 50 le nombre de cas d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 10 à 19 ans en Estrie			X	**Régional/local**	Budget régulier + Financement spécifique pour certaines activités ciblées par le MSSS
	Réduire de 50 % le taux d'infection annuelle à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 15 à 24 ans en Estrie.			X		
	Réduire l'incidence globale annuelle des infections à *Neisseria gonorrhoeae* à moins de 1 cas par 100 000 chez les jeunes de 10 à 19 ans en Estrie.			X		
	Maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente à zéro en Estrie.	X	→	→		
	Maintenir sous le seuil de l'élimination (à définir par le MSSS) l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement en Estrie.	X	→	→		
• Organisation des services intégrés de dépistage du VIH/sida, des ITS et du VHC.	Implantation du premier site de services intégrés pour le VIH/sida, l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement.			X		

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas de syphilis, d'infection à *Chlamydia trachomatis* et d'infection à *Neisseria gonorrhoeae*.	100 % des cas déclarés de syphilis et d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* auront fait l'objet d'une offre d'intervention appropriée de santé publique.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier
	100 % des cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* pour lesquels le médecin a fait une demande d'intervention auprès du cas auront fait l'objet d'une offre d'intervention appropriée de santé publique.	X	→	→		
• Intensification de l'intervention de prévention auprès des partenaires d'une personne qui a contracté une infection transmissible sexuellement.	Dans le cas d'une personne qui a fait l'objet d'une intervention appropriée de santé publique et qui choisit de ne pas informer ses partenaires, 100 % de ces partenaires feront l'objet d'une même offre d'intervention.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier (intervention de base) + 15 000 $/an (intensification)

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Diffusion de documents ou dépliants portant sur les infections transmissibles sexuellement.
- Mise à jour périodique auprès des omnipraticiens et autres intervenants des infections transmissibles sexuellement, des connaissances en matière de dépistage, de lignes directrices de traitement et d'intervention préventive auprès des personnes infectées et leurs partenaires sexuels.
- Formation du personnel d'Info-Santé en matière d'infections transmissibles sexuellement (prévue en 2004). Cette formation sera livrée à la manière des autres programmes du Centre québécois de coordination sur le sida. Un professionnel du MSSS fera une tournée provinciale appuyé d'une ressource médicale de chaque direction de santé publique.

CLIENTÈLE : 12-17 ans

3.4.7

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, promouvoir des comportements préventifs par la sensibilisation de la population aux conséquences des infections transmissibles sexuellement, du VIH/sida et du VHC.

ÉTAT DE SITUATION :

Depuis maintenant plusieurs années, le MSSS a recours à des campagnes d'information et de sensibilisation de la population portant sur un certain nombre de sujets tels que la violence envers les femmes, les infections transmissibles sexuellement et le sida, le tabagisme ainsi que la détresse chez les jeunes. Ces campagnes ont permis de rejoindre en tout premier lieu les jeunes dans les environnements où ils évoluent : la famille, le milieu scolaire, l'entourage, le voisinage, etc. De plus, les stratégies développées dans le cadre de ces campagnes ont pris en considération des facteurs de protection et de risque communs à plusieurs problématiques rencontrées chez les jeunes.

Pour aider à la réalisation de l'ensemble de ces campagnes, le MSSS favorise une approche-clientèle qui prend la forme d'une *Campagne Jeunes,* et qui intègre plusieurs problématiques à la fois (infections transmissibles sexuellement et sida, agressions sexuelles, tabagisme, détresse, jeu excessif…). Cette intégration de toutes les publicités du MSSS favorise une synergie relativement aux stratégies de communication retenues ainsi qu'une plus grande efficience et efficacité des actions en découlant. Tous les thèmes véhiculés par ces campagnes viennent appuyer des plans d'action sur le territoire.

En Estrie, plusieurs campagnes ont été menées : roulotte ayant parcouru la région, concours à la radio et présentation d'une pièce de théâtre.

La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie coordonne les activités régionales de la *Campagne Jeunes,* et assure les liens fonctionnels avec les directions régionales du ministère de l'Éducation pour les activités de la *Campagne Jeunes*, réalisées en milieu scolaire. Les infirmières scolaires collaborent de différentes façons, selon les MRC et territoire équivalent, au déploiement des activités reliées à la *Campagne Jeunes,* ou à des activités reliées à la sexualité.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Promotion des comportements préventifs par la sensibilisation de la population aux conséquences des infections transmissibles sexuellement, du VIH/sida et du VHC						
• Implantation dans les écoles d'activités reliées à la promotion des comportements sexuels sécuritaires.	70 % des MRC et territoire équivalent de l'Estrie auront implanté, dans leurs écoles secondaires, des activités de promotion de l'usage du condom et autres comportements sexuels sécuritaires.	X			**National** **Régional** **Local**	Budget régulier
	85 % des MRC et territoire équivalent de l'Estrie auront implanté, dans leurs écoles secondaires, des activités de promotion de l'usage du condom et autres comportements sexuels sécuritaires.		X			
	100 % des MRC et territoire équivalent de l'Estrie auront implanté, dans leurs écoles secondaires, des activités de promotion de l'usage du condom et autres comportements sexuels sécuritaires			X		

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- **Infirmières scolaires** : Formation sur l'éducation à la sexualité. La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie offre un soutien par rapport aux nouveaux outils disponibles et contribue à potentialiser ceux qui existent déjà.

- **Groupe de médecins des CLSC (cliniques de jeunes) et médecins avec pratique clinique auprès des adolescents** : La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie assure un lien avec les activités réalisées en matière de sexualité chez les jeunes auprès des médecins des cliniques jeunesse. Des blocs de formation sur les infections transmissibles sexuellement sont actuellement donnés. À chaque rencontre des médecins des cliniques jeunesse, le volet *Aider un ado à changer,* sera mis à l'ordre du jour et un nouveau comportement sera étudié. D'autres formations sont prévues, en fonction des besoins des médecins des cliniques de jeunes.

- **Pharmaciens** : L'Université du Québec à Montréal supervisera une étude qualitative auprès des pharmaciens de la région concernant leur rôle auprès des jeunes (ex. : disponibilité et « counselling » du condom ou de la pilule contraceptive d'urgence). Des recommandations régionales suivront, en particulier en ce qui a trait au lien entre le travail des pharmaciens et celui des infirmières scolaires.

- **Grossesse à l'adolescence** : Un volet régional de campagne de communication sur le Plan B (pilule du lendemain disponible auprès des pharmaciens, sans prescription médicale) est prévu conformément au plan du MSSS à ce sujet.

Domaine 5
Santé environnementale

Présentation du domaine de la santé environnementale

La plupart des objectifs retenus dans le domaine de la santé environnementale ne s'adressent pas à une clientèle particulière mais visent plutôt le mieux-être de l'ensemble de la population. Les adolescents sont cependant plus spécifiquement ciblés pour ce qui est des dangers de l'exposition aux rayons ultraviolets, et certaines interventions d'information visant ces adolescents et leurs parents peuvent contribuer à réduire l'impact de cette menace. C'est le sujet de l'unique fiche de cette section, portant sur la prévention des cancers de la peau.

CLIENTÈLE : 12-17 ans

3.5.1

DOMAINE : Santé environnementale

OBJECTIF : D'ici 2012, diminuer l'incidence des cancers de la peau.

ÉTAT DE SITUATION :

L'Institut national du cancer du Canada[11] a estimé que l'ensemble des cancers de la peau pouvait représenter jusqu'à 36 % de tous les nouveaux cas de cancer; ils seraient les cancers les plus existants dans la population. Plus de 90 % de ces cancers seraient attribuables à une exposition prolongée aux rayons solaires, d'origine naturelle ou artificielle. Les enfants sont particulièrement vulnérables, puisqu'entre 50 % à 80 % de la dose d'exposition à vie est accumulée au cours des 18 premières années, et que les coups de soleil attrapés en bas âge et à l'âge adulte sont les principaux facteurs de risque associés au cancer de la peau.

En Estrie[11], l'incidence des cancers de la peau, qui couvrent les mélanomes malins (20 cas) et tout autre tumeur maligne (124 cas) de la peau, représente 10 % des 1 394 cas de tumeurs malignes dénombrés en 1998. Toutefois, les tumeurs malignes de la peau, autres que les mélanomes, sont largement sous-estimées car elles sont souvent traitées en externe, ne donnent pas lieu à une hospitalisation, et entraînent rarement des décès.

Les interventions effectuées au niveau des parents et des adolescents

Au cours des consultations, le message est renforcé auprès des parents et des adolescents d'éviter l'exposition directe au soleil, particulièrement entre 10 h et 14 h, et d'utiliser les crèmes solaires recommandées.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Information aux parents et aux adolescents concernant les moyens efficaces de se protéger contre les rayons ultraviolets						
• Diffusion des outils produits par le MSSS.	100 % des outils produits par le MSSS seront diffusés auprès des intervenants de première ligne en santé, en Estrie.	X	→	→	**National** **Régional** **Local**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Aucune activité de formation n'est prévue au niveau régional ou suprarégional.

Références

1 LAVOIE F. ET L. VÉZINA. « Violence dans les relations amoureuses » dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 1999.

2 FOSHEE, V.A. (1996). « Gender differences in adolescent dating abuse prevalence, types and injuries ». *Health education Research*, vol. 11, p. 275-286.

3 COUSINEAU D., F. SHIELDS et D. ALLARD. « La consommation d'alcool et de drogues parmi les décrocheurs, en comparaison avec les étudiants », Québec, Direction de la santé publique des Laurentides et Unité Domrémy de Sainte-Thérèse, 1995.

4 SANTÉ CANADA. *Le fardeau économique de la maladie au Canada*, 1998, Santé Canada, 2002, 98 p.

5 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, (Collection La santé et le bien-être).

6 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2001). *6-12-17, Nous serons bien mieux,* sous la direction de Hamel, M., L. Blanchet et C. Martin, Québec, Édition Les Publications du Québec, p. 175.

7 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2001). *6-12-17, Nous serons bien mieux,* sous la direction de Hamel, M., L. Blanchet et C. Martin, Québec, Édition Les Publications du Québec, p.170.

8 DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION. *Rapport sur la couverture vaccinale et les actes vaccinaux en Estrie*, année 2001, Régie régionale de l'Estrie, juillet 2002, 16 p.

9 DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION. *Rapport sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Région de l'Estrie, année 2001 et tendances de 1991 à 2001*, RRSSS de l'Estrie, septembre 2002, 99 p.

10 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) – cas cumulatifs 1979-2002, Mise à jour No. 2002-1*, Santé et services sociaux, Québec, 30 juin 2002.

11 INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA. *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2000*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 2000.

Annexes

89-90

Annexe A

CAMPAGNE « PARLER C'EST GRANDIR »

Depuis plusieurs années, le ministère de la Santé et des Services sociaux réalise des campagnes qui, s'adressant aux jeunes, permettent de les rejoindre en tout premier lieu dans l'environnement où ils évoluent, soit la famille, le milieu scolaire, le voisinage, etc. En outre, les stratégies développées dans le cadre de ces campagnes prennent en considération des facteurs de protection et de risque communs à plusieurs problématiques rencontrées chez les jeunes.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux favorise une approche clientèle qui prend la forme d'une campagne jeune et qui intègre, sous un même chapeau, des problématiques auxquelles les jeunes peuvent être confrontés pendant leur adolescence.

La campagne jeunes « Parler c'est grandir » a débuté sa troisième année en 2003-2004. Campagne de trois ans s'adressant à des jeunes âgés de 11 à 17 ans ainsi qu'à des parents et adultes significatifs, elle englobe différentes thématiques telles que : agression sexuelle, MTS-SIDA, jeu excessif et toxicomanie, tabagisme et détresse.

Les deux principaux objectifs de communication sont :

- Promouvoir la communication interpersonnelle ;
- Favoriser l'estime de soi.

Plusieurs moyens de communication sont déployés via deux grandes orientations stratégiques : les communications de masse et les activités terrain. Les moyens de masse utilisent différents médias (télévision, radio, cinéma) alors que les activités terrain visent à rejoindre le jeune dans son milieu via le réseau scolaire (ex. : Pièce de théâtre Facile à dire, Roulotte Ado-Express).

En Estrie cette campagne s'actualise via un comité régional bi-partite (éducation-santé et services sociaux) qui élabore une programmation annuelle en collaboration avec les écoles et les CLSC de la région. En 2003, une tournée de la roulotte Ado-Express avait été organisée, dans chaque MRC, soutenue par un concours destiné aux jeunes de 11-17 ans et médiatisé à la radio : *Ton message à la radio, là tu parles.*

PRATIC-05

PRATIC-05 est un programme de **prévention primaire** visant la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes. Il a été préparé en 1989 par le Département de santé communautaire de l'Estrie (DSC) en collaboration avec différents partenaires. Diverses révisions, dont la dernière date de juin 2002, ont fait progresser le programme au rythme de l'évolution des connaissances et des contextes. La réforme de l'école québécoise (travail sur les compétences personnelles et sociales, ententes MSSS-MEQ, etc.) en sont des exemples.

PRATIC-05 fait partie du volet promotion-prévention des services en toxicomanie disponibles en Estrie. Il s'adresse aux jeunes n'ayant pas de problème de consommation. L'approche retenue est l'application, au niveau local, des quatre stratégies de prévention primaire de la toxicomanie : 1) le développement de compétences personnelles, 2) l'information-sensiblisation, 3) l'aménagement du milieu, 4) le contrôle d'accès aux substances d'abus, puisque l'application de ces 4 stratégies de façon concomitante dans un milieu est réputée porteuse d'efficacité, d'autant qu'elle mobilise et implique plusieurs partenaires sociaux.

L'objectif global du PRATIC-05 se lit comme suit : « Favoriser l'apprentissage de nouvelles connaissances et attitudes face aux différentes toxicomanies afin de prévenir les abus et diminuer la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes ».

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Fournir des activités de prévention aux jeunes afin de les sensibiliser davantage aux problèmes de consommation abusive d'alcool et de drogues (information-sensibilisation) ;
- Éduquer les jeunes à développer leurs compétences personnelles, telle une meilleure communication, afin de faire face aux difficultés reliées à l'adolescence (développement des compétences personnelles et sociales);
- Offrir des alternatives à la consommation pour les jeunes (aménagement de milieu et loisirs sains) ;
- Sensibiliser l'environnement (adultes, parents, professeurs, etc.) à la problématique de la toxicomanie chez les jeunes (consensus et normes sociales quant à la consommation) ;
- Développer et former les ressources du milieu sur la toxicomanie ;
- Inciter la population à veiller à la réalisation du programme.

La clientèle-cible du programme se situe dans la tranche d'âge 9-21 ans, mais il s'agit, compte tenu de la précocité actuelle des expérimentations, de rejoindre prioritairement des jeunes qui fréquentent la fin de l'école primaire et le début du secondaire, c'est-à-dire avant 13 ans. Les parents et les professeurs ainsi que tout adulte significatif pour les jeunes font aussi partie des clientèles-ciblées, en regard de l'importance du rôle qu'ils peuvent jouer auprès des jeunes dans une perspective de prévention de la toxicomanie.

La réalisation des activités du PRATIC-05, inscrite dans une planification d'activités locales triennale passe par la mobilisation des milieux (scolaire et hors de l'école) autour de la prévention de la toxicomanie. Un comité local se doit de développer une vision commune de la problématique dans son milieu et faire consensus sur les cibles à retenir et les actions à mener. Le CLSC est maître d'œuvre de ce programme dans sa communauté tant au niveau de la planification et de la gestion qu'au niveau de la mobilisation et de la mise en place d'activités de prévention de la toxicomanie auprès des jeunes.

Annexe C

LE CONCEPT « ÉCOLE EN SANTÉ »

Le concept « École en santé » réfère à un milieu, en l'occurrence l'école où on fait la promotion de la santé et de l'épanouissement personnel et social des jeunes. Une école en santé vise le développement optimal des jeunes. L'approche proposée pour atteindre ce but est l'intervention globale et concertée de promotion et de prévention à partir de l'école. Elle consiste en un ensemble de mesures déployées de façon cohérente par divers partenaires qui travaillent en concertation. Ces mesures sont mises en œuvre dans le cadre du projet éducatif et du plan de réussite des écoles.

L'intervention est globale en ce sens qu'on agit simultanément sur les facteurs clés du développement des jeunes au moyen d'un ensemble de mesures. Six facteurs sont prioritaires : l'estime de soi, la compétence sociale, les habitudes de vie, les comportements sécuritaires, l'environnement et les services préventifs. Il importe que les mesures visent à la fois les jeunes, l'école, la famille et la communauté afin qu'elles se renforcent mutuellement et soient complémentaires.

Cette intervention vise l'ensemble des jeunes incluant les jeunes vulnérables aux prises avec des risques pour leur santé ou avec des difficultés d'adaptation sociale et scolaire. L'intervention globale et concertée se planifie à partir de l'école, en lien avec ses partenaires et se déploie éventuellement dans les divers milieux de vie des jeunes.

Dans « une école en santé », la santé est considérée dans une perspective positive large : c'est la mesure dans laquelle une personne peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et d'autre part, évoluer dans son milieu et s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but à atteindre[9].

La promotion de la santé vise à rendre les élèves aptes à mieux contrôler les facteurs qui ont une influence sur leur santé et leur bien-être. Elle vise à les outiller afin qu'ils adoptent de saines habitudes de vie et des comportements assurant leur sécurité. En plus de soutenir le développement des compétences individuelles, la promotion de la santé vise à permettre l'aménagement d'un environnement scolaire propice au maintien de la santé et aux apprentissages. Elle vise également à inscrire la santé dans les politiques scolaires et les décisions collectives.

« Une école en santé » c'est une école où les élèves, la direction, les enseignants, des parents, des intervenants du CLSC, des professionnels non enseignant, du personnel de soutien et des organismes de la communauté s'engagent à travailler ensemble pour permettre aux jeunes :

- de se développer pleinement ;
- d'être et se maintenir en bonne santé ;
- d'être bien dans leur peau ;
- d'être bien dans leur école ;

---

[9] Association canadienne pour la santé publique (1993). *Déclaration québécoise pour la promotion de la santé*. Document de consensus, 12 p.

- de s'épanouir ;
- de réussir ce qu'ils entreprennent.

Cette vision de l'école comme milieu de vie propice à la santé et au bien-être s'inspire d'expériences nombreuses au sein de l'Organisation mondiale de la santé (Réseau européen d'écoles-santé), de l'Association canadienne de l'éducation pour la santé (Approche globale de la santé en milieu scolaire) et du Comprehensive School Health américain[10,11,12].

L'approche « École en santé » vient renforcer ce que l'école fait déjà au regard de la santé et du bien-être. Les actions de promotion de la santé qui sont réalisées dans l'école traduisent les besoins exprimés et le choix de priorités effectués par le milieu. Une grande place est réservée aux jeunes dans les décisions et les actions qui les concernent. Pour accompagner leurs enfants, l'alliance avec les parents est favorisée. L'ensemble des acteurs s'engagent dans des objectifs clairs et les actions peuvent être multiples; elles doivent cependant converger vers les objectifs fixés.

Concrètement, lorsque des partenaires décident d'agir ensemble pour une « école en santé » ils prennent des engagements significatifs à l'égard des éléments suivants :

- Intégrer la santé et le bien-être au projet éducatif de l'école ;
- Impliquer le directeur d'école, le Conseil d'établissement et l'équipe-école ;
- Inscrire la santé et le bien-être dans les préoccupations de tous ;
- Saisir toutes les occasions d'agir en faveur de la santé et du bien-être ;
- Maximiser le développement des compétences personnelles et sociales en lien avec de saines habitudes de vie et des comportements responsables, sains et sécuritaires ;
- Favoriser l'aménagement d'environnements sains, sécuritaires, propices aux apprentissages et à l'exercice de choix sains.

Pour atteindre les buts fixés, il est essentiel que le personnel du réseau de la santé et des services sociaux accompagne et soutienne directement les écoles dans le développement et l'intégration du concept « École en santé ». Ceci afin d'apporter autant une expertise de processus qu'une expertise de contenu. Différents types de ressources et de professionnels sont requis pour développer le modèle. D'abord au niveau du service direct et local : des infirmières, des intervenants psychosociaux et des organisateurs communautaires. Ensuite, différentes ressources susceptibles de s'associer au plan d'action de l'équipe « École en santé », soit les organismes communautaires, le service de garde en milieu scolaire, le service de loisir de la municipalité, etc.

---

10 World Health Organization, The European network of health promoting schools, World Heath Organization Regional office of Europe, European Commission, Council of Europe, 15 p.

11 Association canadienne pour l'éducation à la santé et Santé et Bien-être social Canada (1993), Branchons-nous sur la santé, L'Approche globale de la santé en milieu scolaire, Guide de présentation et d'animation, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, no. Cat.39-275/1993F.

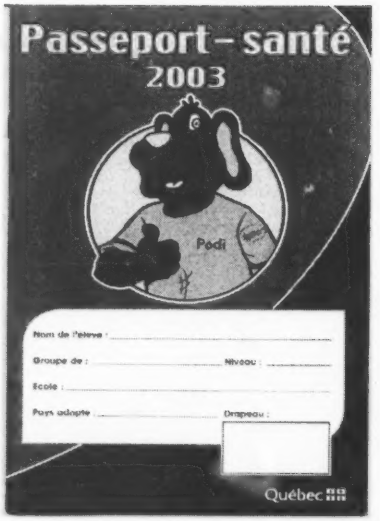
12 World Health Organization, The European network of health promoting shcools, World Health Organization Régional office of Europe, European Commission, Council of Europe, 15 p.

LE PASSEPORT SANTÉ : POUR UNE APPROCHE DE PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE

Le passeport santé s'inscrit dans une démarche amorcée par le milieu de l'éducation estrien avec la collaboration de la Direction de santé publique et de l'évaluation.

La création de ce passeport santé est né dans le cadre d'un projet éducatif élaboré dans le contexte de la présentation à Sherbrooke des Championnats mondiaux d'athlétisme jeunesse 2003.

Un partenariat intervenu entre plusieurs organismes de l'Estrie a permis la réalisation d'une première version du passeport santé et l'expérimentation de cet outil au cours des mois de mars à juin 2003 dans plusieurs écoles primaires de l'Estrie.



Un outil à saveur de réforme de l'Éducation

Le passeport santé a été élaboré à partir des composantes retenues dans le *Programme de formation de l'école québécoise.* Six thématiques, issues du domaine santé et bien-être ainsi que de la compétence « adopter un mode de vie sain et actif », du programme d'éducation physique et à la santé ont été développées. Il s'agit de :

- L'activité physique ;
- La condition physique ;
- Le Sommeil et la relaxation ;
- La pratique sécuritaire d'activités ;
- L'hygiène ;
- L'alimentation.

Si les thèmes reliés à l'activité physique sont principalement sous la responsabilité des éducateurs physiques, d'autres thèmes nécessitent l'implication des titulaires de classe.

L'idée du passeport santé ne se limite pas à la transmission d'éléments de connaissance, mais veut surtout placer le jeune au centre de son apprentissage en lui faisant vivre une démarche basée sur les quatre composantes de la compétence *adopter un mode de vie sain et actif* :

1. Analyser les effets de certaines habitudes de vie sur sa santé et son bien-être.
2. Planifier une démarche visant à modifier certaines de ses habitudes de vie.
3. S'engager dans une démarche visant à modifier certaines de ses habitudes de vie.
4. Établir le bilan de sa démarche.

Les outils disponibles

- Passeport 1er cycle (français)
- Passeport 1er cycle (anglais)
- Passeport 2e cycle (français)
- Passeport 2e cycle (anglais)
- Guide de l'enseignant (français)
- Guide de l'enseignant (anglais)
- Cadres de référence (à venir)

Les partenaires impliqués

- Direction régionale du MEQ
- C.S. de Sherbrooke
- C.S. des Sommets
- C.S. des Hauts-Cantons
- C.S. Eastern Townships
- Les institutions privées de l'Estrie
- Direction de santé publique et de l'évaluation (RRSSSE)
- Kino-Québec
- Conseil sport loisir de l'Estrie
- Association des éducateurs et éducatrices physiques de l'Estrie

12 – 17 ans

Les outils développés

1. Un passeport-santé, qui est l'outil avec lequel les élèves des écoles de l'Estrie chemineront pour faire une réflexion et des expérimentations sur leur mode de vie. Deux versions de passeport ont été développées. Une version pour les enfants qui n'écrivent pas ou peu (pré-scolaire, premier cycle, déficience intellectuelle) et une autre pour les élèves des 2e et 3e cycle.
2. Un guide pédagogique offert aux enseignants pour faciliter l'utilisation du passeport santé dans leur enseignement.

Un projet régional à développer

Divers éléments en relation avec le passeport santé et les habitudes de vie pourraient être élaborées au cours des prochaines années, en faisant contribuer les ressources des deux réseaux.

- Des cadres de références comprenant des éléments de contenus (problématiques, messages) ainsi que des suggestions de situations d'apprentissages et de ressources complémentaires sont en élaboration mais n'ont pu être complétés. Il est prévu que ces contenus, destinés aux enseignants, seront disponibles sur le portail de l'éducation afin de permettre aux enseignants de partager leurs expériences et leur outils entre eux.
- Une formation axées sur l'enseignement de la troisième compétence en éducation physique (en lien avec le passeport santé) a été expérimentée avec quelques enseignants en éducation physique des 4 Commissions scolaires de l'Estrie. Cette démarche devra s'étendre à l'ensemble des éducateurs physiques. Des activités spéciales de formation devront être développées plus tard pour les autres enseignants désireux d'intégrer le passeport santé dans leur enseignement.
- Une approche semblable pourrait être développée pour les élèves du secondaire tout en modifiant les outils offerts aux élèves. Les cadres de référence, adaptés pour la clientèle adolescente, devront aussi être élaborés.

Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes

C'est le titre du document sur l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation. C'est aussi dans cet esprit qu'est proposée la collaboration des intervenants du réseau de la santé à l'implantation du passeport santé.

Au-delà de l'outil, c'est la démarche réalisée par les enseignants auprès des enfants qui a de l'importance. Ce projet de passeport santé n'est qu'un aspect de l'intervention en promotion et en prévention dans les écoles. Il ne remplace pas les interventions prévues dans le cadre du Programme national de santé publique.

Les interventions de soutien à être développées par les intervenants de la santé, en soutien au réseau de l'éducation, devront être précisées, mais quelques idées ont déjà été émises, tantôt par des intervenants de l'éducation, tantôt par des intervenants de la santé qui ont été informés de la démarche :

- Participer à l'élaboration des cadres de référence pour chacune des thématiques retenues. L'idées est de fournir aux enseignants un guide très succinct sur les aspects à traiter en fonction de l'âge et les messages de santé à promouvoir auprès des enfants. Par la suite, ce sera la responsabilité de traduire ces enseignements dans des situations d'apprentissage et de façon intégrée ou non à d'autres matières.
- Promouvoir l'utilisation du passeport santé dans les écoles primaires d'abord, puis éventuellement dans les écoles secondaires.
- Soutenir les équipes écoles et les équipes cycle dans l'utilisation du passeport santé et dans l'élaboration de projets de promotion de la santé dans les écoles.
- Développer un guide à l'intention des parents.
- Sensibiliser les parents à l'existence du passeport santé et sur leur rôle parental à l'égard de l'acquisition, par leurs enfants, d'un mode de vie sain et actif.

ÉLÉMENTS DE PROGRAMMATION EN ACTIVITÉ PHYSIQUE

Corporation Québec en forme
Programme conjoint du gouvernement du Québec et une Fondation privée pour le développement d'activités physiques auprès des élèves du primaire de milieu défavorisé. En 2003, environ 5 000 enfants d'une trentaine d'écoles de Sherbrooke, des MRC d'Asbestos et du Granit sont rejoints. Au cours des prochaines années, le déploiement de ce programme dans d'autres écoles devrait se poursuivre.

Plaisir sur glace
Campagne de promotion du patinage en famille sur les patinoires extérieures. En 2003, les municipalités de l'Estrie ont organisé une soixantaine d'activités rejoignant près de 10 000 personnes.

Mois de l'éducation physique et du sport étudiant
Campagne de promotion de l'activité physique dans les écoles primaires et secondaires sous la responsabilité de la Fédération québécoise du sport étudiant. Le réseau des éducateurs physiques est impliqué dans l'organisation d'activités promotionnelles.

Dossier cour d'école
Approche de promotion d'activités physiques dans le cadre des récréations et sur l'heure du dîner dans les écoles primaires. Un soutien et des outils de formation et d'animation sont offerts aux écoles.

Concours École active
Programme de soutien financier offert aux écoles pour soutenir des projets d'aménagement qui favorisent la pratique d'activités physiques à l'école. En 2003, trois écoles secondaires et sept écoles primaires se sont partagées un peu plus de 4 000 $.

Journée Internationale Marchons vers l'école
Campagne de sensibilisation adressée aux jeunes des écoles primaires et leurs parents pour favoriser l'aller-retour sécuritaire et actif à l'école. Les préoccupations sont de l'ordre de l'activité physique, la santé, la sécurité et l'environnement.

001

Annexe F

VERS DES ÉCOLES SANS FUMÉE

Depuis 1996, en collaboration avec les CLSC de l'Estrie, nous travaillons à mettre en place des écoles secondaires sans fumée à savoir, des activités de prévention principalement en secondaire 1 avec des relances en secondaire 2 et en secondaire 3, des actions de soutien à la cessation et des mesures visant la protection des non-fumeurs. Un budget spécifique est alloué à chaque CLSC pour permettre l'actualisation de ces objectifs.

Sur le plan de la prévention, l'ensemble des MRC, et plus précisément 95 % des écoles secondaires ont pu bénéficier d'activités de prévention, que ce soit « Méchant problème », ou le spectacle « In Vivo » ou les groupes de pairs « Gang Allumée ».

Au niveau des services de cessation tabagique, l'ensemble des écoles secondaires du secteur public et quelques écoles du secteur privé ont vu leur personnel ainsi que les intervenants scolaires du réseau des CLSC bénéficier de formations en cessation tabagique dans les années 1998, 1999, 2000 et tout récemment en automne 2002. Ces formations ont eu pour but d'outiller les infirmières et les autres intervenants scolaires intéressés à soutenir les jeunes qui désirent cesser de fumer.

De plus, plusieurs enquêtes ont été effectuées dans les écoles secondaires en 1997,1998 et 2000. Selon les données recueillies, la prévalence du tabagisme est stable depuis 1997. 70 % des jeunes de 12-17 ans des écoles secondaires sont non-fumeurs, à savoir, 65 % des filles et 75 % des garçons.

En mars dernier, un nouveau plan d'action 2003-2008 a été adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de l'Estrie. En plus de permettre de poursuivre les actions de prévention et de cessation tabagique, ce nouveau plan vise à soutenir les écoles pour mettre en place une politique globale sur le tabac dans les écoles secondaires

En effet, dans les deux premières phases du projet, l'accent a été mis sur les activités de prévention et de cessation, laissant de côté l'aspect des politiques scolaires sur le tabac. La littérature et les expériences d'autres provinces ou pays nous incitent à prioriser la mise sur pied de politiques globales sur le tabac dans les écoles secondaires de l'Estrie pour la prochaine phase. Cette mesure réduit considérablement la présence du tabac et diminue le nombre de fumeurs dans les écoles où ces politiques existent. Elle consiste, non seulement à interdire le tabac à l'école pour le personnel et les enfants mais aussi de promouvoir le non usage du tabac via des actions de prévention qui s'adressent aux jeunes et des actions de soutien à la cessation qui s'adressent autant aux jeunes qu'aux adultes concernés par l'école (personnel, parents, etc.). Nos efforts vont donc se poursuivre en ce sens dans la lutte contre le tabagisme auprès des jeunes au cours des prochaines années.

PROGRAMME D'IMMUNISATION DU QUÉBEC

Ensemble des programmes de vaccination soutenus financièrement par le MSSS. Il comprend l'immunisation de base, soit l'ensemble des immunisations considérées comme essentielles dans un programme de santé publique et offertes systématiquement à l'ensemble de la population, à des moments précis de la vie. Le programme inclut également l'immunisation gratuite de groupes particulièrement vulnérables à certaines maladies évitables par la vaccination, soit en raison de conditions médicales particulières, soit en raison de comportements à risque. Périodiquement, le MSSS détermine les clientèles qui sont admissibles à ces programmes de vaccination restreints ou spécifiques.

ACI

Annexe H

PROJET MTS ET JEUNES HORS RÉSEAU

Projet de prévention du VIH/sida, des MTS et des hépatites, visant à diminuer les comportements à risque en matière de MTS et VIH chez les jeunes « hors réseau » fréquentant les parcs, les fêtes populaires, les rues, les cafés, les bars, les arcades et l'unité mobile d'intervention de la Coalition sherbrookoise pour le travail de rue « Macadam J ». Les fugueurs et les jeunes de la rue représentent une portion importante de ce groupe. Les expressions « jeunes de la rue » et « fugueurs » désignent les jeunes qui passent beaucoup de temps dans la rue, vivent dans la marginalité ou dans une situation précaire et adoptent largement le mode de vie des itinérants. La plupart des adolescents quittant leur foyer le font à cause de conflits et de violence physique, sexuelle et psychologique.

Annexe I

PROGRAMME D'INTERVENTION

AUPRÈS DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIRUS DE L'HÉPATITE C (VHC)

Programme déployé à l'échelle du Québec depuis 2002, visant à offrir à toutes les personnes atteintes les soins et les conseils appropriés, à prévenir la propagation de l'infection au sein de la population et à procurer l'aide financière à celles qui y sont admissibles (indemnisation des personnes infectées par le VHC par suite d'une transfusion sanguine avant 1986 ou entre le 2 juillet 1990 et le 28 septembre 1998; quant aux personnes ayant contracté le virus entre 1986 et le 1er juillet 1990, elles sont couvertes par un règlement fédéral-provincial-territorial).

Annexe J

PROGRAMME « *LES UDI ONT LA PIQÛRE* »

Programme de distribution de matériel d'injection stérile et d'échange de seringues implanté en Estrie depuis mars 1994. Ce programme repose sur un réseau composé de multiples sites d'accès gratuit aux seringues (6 centres hospitaliers (salle d'urgence), 18 points de service de CLSC, 2 organismes communautaires, et 1 pharmacie) ainsi qu'un bon nombre de pharmacies vendeuses pour un total de 55 sites au 31 mars 2002. Plusieurs de ces sites offrent aussi de l'écoute, du soutien psychosocial ainsi que de l'information. Au besoin, la clientèle est référée vers les ressources en toxicomanie, en dépistage MTS/VIH ou autre. De plus, certains sites offrent des services sur place (soins infirmiers, counselling et dépistage MTS/VIH, vaccination contre les hépatites A et B).

Liste des collaborateurs et des collaboratrices

COMITÉ AVISEUR DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE

Ginette Dorval, M.D., directrice, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Nathalie Léonard, agente de planification et programmation, Service des programmes, Direction des programmes des ressources financières et matérielles
Lynda Périgny, chef de service, Service prévention/promotion de la santé, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Reno Proulx, M.D., chef de service, Service protection de la santé publique, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Pierre Richard, directeur des programmes, Carrefour santé du Granit (CH-CHSLD-CLSC), représentant des CLSC de l'Estrie
Danielle Lareau, directrice des services à la population, Carrefour de la santé et des services sociaux du Val Saint-François, représentante des CLSC de l'Estrie
Mario Morand, directeur général, Centre de santé de la MRC d'Asbestos, représentant des CLSC de l'Estrie
Denis Lalumière, directeur général, CLSC de Sherbrooke, représentant des CLSC de l'Estrie
Violaine Franchomme-Fossé, M.D., représentante du Département régional de médecine générale de l'Estrie
Louise Meunier, directrice générale, Le Club Étincelles de bonheur de la MRC du Haut-St-François, représentante du Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie
Anne-Marie Poirier, coordonnatrice, Naissance-Renaissance Estrie, représentante du Regroupement des Organismes Famille de l'Estrie (ROFE)

COLLABORATION À LA RÉGIE RÉGIONALE DE L'ESTRIE

Direction de santé publique et de l'évaluation
Ginette Dorval, M.D., directrice
Louise Garant, secrétaire de direction

Service soutien méthodologique et évaluation
Aline Émond, chef de service
Danielle Bédard, agente de planification et de programmation
Annie Bélisle, technicienne en recherche
Michel Carbonneau, agent de recherche sociosanitaire

Denise Donovan, médecin-conseil
Louis Hébert, agent de recherche sociosanitaire
Gilles-Yvon Levesque, agent de recherche sociosanitaire
Brigitte Martin, technicienne en recherche
Marie-Pascale Sassine, agente de recherche sociosanitaire
Isabelle Bruneau, secrétaire
France Paquet, secrétaire

Service protection de la santé publique
Reno Proulx, M.D., chef de service
Chantal Beaudet, médecin-conseil
Francine Beaulieu, infirmière
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale
Diane Dion, infirmière
Monique Drapeau, médecin-conseil
Louise Frenette, médecin-conseil
Fabien Gagnon, médecin-conseil
Louise Galarneau, médecin-conseil
Suzanne Ménard, médecin-conseil
Danielle Proulx, infirmière
Marjolaine Pruneau, commis senior
Sylvie Bolduc, secrétaire
Nicole Fontaine, secrétaire
Brigitte Marquis, secrétaire

Service santé au travail
Francine Boulanger, chef de service
Carole Albert, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Francine Cliche, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Michel Hains, hygiéniste du travail
Gilles-Yvon Lévesque, agent de recherche sociosanitaire
Fabien Gagnon, médecin-conseil
Lise Gosselin, médecin-conseil
Denise Fortin, secrétaire

Service prévention/promotion de la santé
Lynda Périgny, chef de service
Daniel Auger, agent de planification et de programmation sociosanitaire
Hélène Bélanger-Bonneau, médecin-conseil
Valois Boudreault, agent de planification et de programmation sociosanitaire
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Renée Cyr, agente de planification et de programmation sociosanitaire
André Lavallière, dentiste-conseil
Liliane Pagé, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Marie-Thérèse Payre, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Robert Pronovost, médecin-conseil
Alain Rochon, médecin-conseil
Mireille Ara, secrétaire
Ginette Breton, secrétaire

GROUPES DE RELECTURE

Développement, adaptation et intégration sociale
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Carole Albert, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service santé au travail
Danielle Bédard, agente de planification et de programmation, Service soutien méthodologique et évaluation
Robert Pronovost, médecin-conseil, Service prévention/promotion de la santé

Habitudes de vie et maladies chroniques
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Michel Carbonneau, agent de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation
Louise Galarneau, médecin-conseil, Service protection de la santé publique
Marie-Thérèse Payre, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé

Traumatismes non intentionnels
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Daniel Auger, agent de planification et programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Louis Hébert, agent de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Maladies infectieuses
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale, Service protection de la santé publique
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation

Santé environnementale
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale, Service protection de la santé publique
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation

Santé au travail
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Valois Boudreault, agent de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Fabien Gagnon, médecin-conseil, Service santé au travail et Service protection de la santé publique
Marie-Pascale Sassine, agente de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Développement des communautés
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation
Liliane Pagé, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé